

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Nº DE INSCRIÇÃO

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

BENEFÍCIO DE PASSAPORTE ESPECIAL PARA
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAÍ

Nome:				
Filiação:				
RG:	Data de Emissão	Org. Expedidor	UF	Data de Nascimento :
Endereço:				
Número:	Complemento	Bairro	Cidade	CEP:
Tel:		Solicitado em:		
DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS E DE MINHA EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE.				

Assinatura do Solicitante ou Responsável Legal

Artigo 1º - Os portadores de deficiência física ou mental e seu acompanhante, quando for o caso, ficam isentos do pagamento de passagens nos coletivos das empresas concessionárias que atendem ao trânsito público no Município.

Artigo 2º - A Secretaria Municipal de Promoção Social expedirá carteira de deficiência física ou mental ao pretendente que assim a requerer ou solicitar, na qual constará o prazo de validade e a fotografia do beneficiário, além de outras anotações que se fizerem necessárias ao documento.

Artigo 3º - Para obtenção de cédula de identidade referida no artigo precedente, o postulante será examinado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município, que atestará sua condição de deficiente, objetivando a que o mesmo, pela deficiência, possa usufruir do benefício contido nesta Lei, ressaltando, quando for o caso, que o deficiente necessita, constantemente, de acompanhante, ao qual também será concedido a gratuidade de transporte estabelecida no caput do artigo 1º desta Lei, fato que será consignado na própria carteira do deficiente.

Artigo 4º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Artigo 5º - Revogam-se as disposições em contrário, em especial a Lei nº 581, de 28 de novembro de 2000.

Código Penal**Art. 32 – Dar médico, no exercício da sua profissão, atestado falso:****Pena: Detenção, de um mês a um ano. Além das Cominações do Código de Ética Médica.****ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o solicitante tem direito ao Passaporte Especial, de conformidade com Lei Municipal nº 637, de 21 março de 2002

SOLICITAÇÃO

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

DEFERIDA

INDEFERIDA

COM ACOMPANHANTE

SEM ACOMPANHANTE

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

OBS: _____

CID Nº _____

LOCAL

DATA

ÓRGÃO/UNIDADE

Assinatura/CRM

1ª via Secretaria de Saúde

2ª via Secretaria de Assistência Social