

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Nº DE INSCRIÇÃO

ESTADO DO RIO DE JANEIRO



BENEFÍCIO DE PASSAPORTE ESPECIAL PARA GESTANTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAI

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
Lei nº 669 de 12 dezembro de 2002

Art. 1º - Fica concedido o direito de entrar pela porta da frente, em ônibus das Empresas do Município de Pirai, e gratuidade de passagem, às mulheres a partir do 6º mês de gravidez.

§ Único – Fica o Chefe do Poder Executivo autorizado no prazo de 90 dias, a partir da sanção da presente Lei a fazer sua regulamentação e determinar as penalidades a serem aplicadas, pelo não cumprimento da mesma.

Art. 2º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

DECRETO Nº 2026 DE 31 DE JANEIRO DE 2003

ART. 1º - A Secretaria Municipal de Assistência Social estabelecerá os critérios a serem adotados para concessão de gratuidade de passagens, nos coletivos das empresas concessionárias de transportes públicos do Município, às gestantes que se encontrarem no 6º mês de gravidez.

ART. 2º - Para obtenção da Carteira de Identificação a gestante será submetida a revisão médica na Secretaria Municipal de Saúde que estabelecerá o prazo de início e término da concessão de gratuidade, que obrigatoriamente, constará no documento fornecido.

ART. 3º - Os casos omissos no presente Decreto serão resolvidos pelo Prefeito Municipal, através de Ato próprio expedido para tal fim.

ART. 4º - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

ART.5º - Revogam-se as disposições em contrário.

ATESTADO MÉDICO

Atesto de acordo com a Lei Municipal nº 669, de 12 de dezembro de 2002, que a gestante acima está no _____

mês de gravidez, fazendo jus ao Passaporte Especial com vencimento em _____

OBS: _____

LOCAL

DATA

ÓRGÃO/UNIDADE

Assinatura/CRM

1ª via Secretaria de Saúde

2ª via Secretaria de Assistência Social