

ARAGUARI

Secretaria do Trabalho e Ação Social  
Av. Joaquim Aníbal, nº 413 -- Araguari MG -- CEP: 38440-009  
(34)3690-3063 -- 3690-3031 -- Fax: (34)3690-3102  
[asocial@araguari.mg.gov.br](mailto:asocial@araguari.mg.gov.br)

COMPROVANTE DE ENTREGA DE CARTEIRINHA DO PASSE  
LIVRE MUNICIPAL

Recebi da Secretaria do Trabalho e Ação Social, a carteirinha do Passe  
Livre no transporte Municipal, para pessoa com deficiência.

Por ser verdade,

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Usuário ou de seu Representante Legal)

Araguari/MG, -----/-----/-----



ARAGUARI

Secretaria do Trabalho e Ação Social  
Av. Joaquim Aníbal, n° 413 – Araguari MG – CEP: 38440-009  
(34)3690-3063 – 3690-3031 – Fax: (34)3690-3102  
[asocial@araguari.mg.gov.br](mailto:asocial@araguari.mg.gov.br)

PASSE LIVRE MUNICIPAL  
LEI MUNICIPAL Nº 2785 DE 26/08/1992

### ATESTADO MÉDICO

NOME: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

ATESTAMOS, PARA A FINALIDADE DE CONCESSÃO DO PASSE LIVRE MUNICIPAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, QUE O REQUERENTE RETROQUALIFICADO SE ENQUADRA NOS TERMOS DO DECRETO Nº 3298 DE 20/12/1999.

OBS: PREENCHER COM A QUANTIDADE DE CIDS (CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID 10) OS QUAIS FOREM NECESSÁRIOS.

- ( ) DEFICIÊNCIA FÍSICA – CID: \_\_\_\_\_
- ( ) DEFICIÊNCIA AUDITIVA – CID: \_\_\_\_\_
- ( ) DEFICIÊNCIA VISUAL – CID: \_\_\_\_\_
- ( ) DEFICIÊNCIA MENTAL – CID: \_\_\_\_\_
- ( ) PORTADOR DA(S) SEGUINTE(S) DOENÇA(S) CRÔNICA(S): (ASSINALAR COM UM X)
  - NEOPLASIAS MALIGNAS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO OU RADIOTERÁPICO OU IMUNOTERÁPICO - CID: \_\_\_\_\_
  - NEOPLASIAS MALIGNAS COM MESTÁTASE: CID: \_\_\_\_\_
  - SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS): CID: \_\_\_\_\_
  - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAU IV: CID: \_\_\_\_\_
  - ARTERIOPATIA OBSTRUTIVA PERIFÉRICA DE MEMBROS INFERIORES INCAPACITANTES: CID: \_\_\_\_\_
  - INSUFICIÊNCIA REAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DIALÍTICO: CID: \_\_\_\_\_
  - PNEUMOPATIA DEPENDENTE DE OXIGENOTERAPIA CONSTANTE: CID: \_\_\_\_\_
  - ORTOPATIA CRÔNICA OU DOENÇA ESQUELÉTICA CRÔNICA, INCAPACITANTES PARA DEAMBULAÇÃO: CID: \_\_\_\_\_
  - DOENÇA INFECIOSA REUMATOLOGIA OU ONCOLÓGICA CRÔNICAS EM TRATAMENTO IMUNOTERÁPICO: CID: \_\_\_\_\_
  - TRANSTORNO MENTAL CRÔNICO QUE ESTEJA EM TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO : CID: \_\_\_\_\_

#### TIPO DE DEFICIÊNCIA:

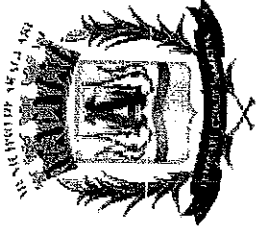
PERMANENTE (SIM OU NÃO): \_\_\_\_\_ (EM CASO POSITIVO JUSTIFICAR O MOTIVO DA DEFICIÊNCIA SER PERMANENTE)  
JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

PROVISÓRIA (SIM OU NÃO) \_\_\_\_\_

NECESSITA DE ACOMPANHANTE (SIM OU NÃO): \_\_\_\_\_ (CONFORME LEI 2785 DE 26/08/1992 ALTERADA PELA LEI 3914 DE 25/09/2003)

\_\_\_\_\_  
CARIMBO E REGISTRO NO CRM

“AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS FICARÃO SUJEITAS ÀS PENALIDADES PREVISTAS NO ARTIGO 299 DO CÓDIGO PENAL (OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVERIA CONSTAR OU NELE INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVERIA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE).”



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUARI**

**Secretaria do Trabalho e Ação Social**

**Av Joaquim Aníbal, 413 -- Centro -- Araguari -- MG**

**(34) 36903189/3690-3132**

**Departamento de Apoio ao Migrante -- Proteção Social Especial**

**Declaração de recebimento de passagem**

Araguari, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Declaro que eu, \_\_\_\_\_

Portador do documento: \_\_\_\_\_

Recebi 01 (uma) passagem com destino a \_\_\_\_\_

Por ser verdade assino o presente:

\_\_\_\_\_  
Nome do usuário

# Manual de Encaminhamento

## SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA



**Para:**

Encaminho o Sr. (a)

e solicito atenção para seu atendimento, no (a) \_\_\_\_\_  
localizado no (a) \_\_\_\_\_

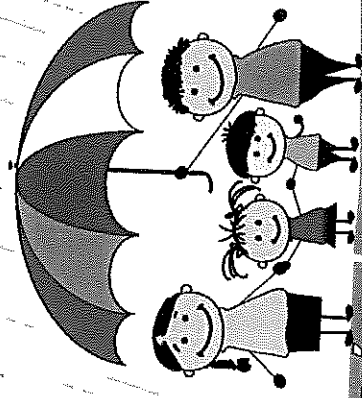
tendo em consideração as necessidades identificadas nos A  
expostas a seguir:

\_\_\_\_\_  
Assinado pelo Assistente Social

\_\_\_\_\_ e responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ e de contato: \_\_\_\_\_

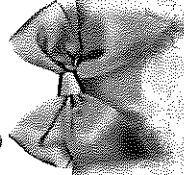
**AMPLIE SEU  
CONCEITO DE AMOR!  
Acolha essa idéia.**

A tempestade passa. A vida continua.

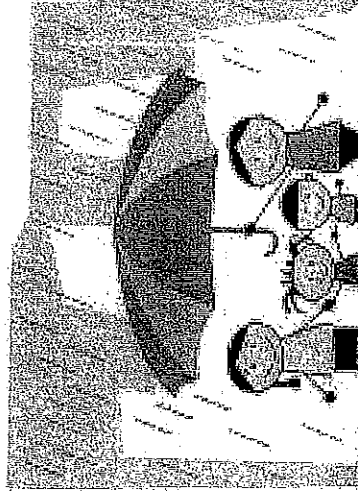


**FAMÍLIA ACOLHEDORA**

Araguari - MG



# ACOLHA ESSA IDEIA



## FAMÍLIA ACOLHEDORA

MAIORES INFORMAÇÕES JUNTO

À SECRETARIA DO TRABALHO E AÇÃO SOCIAL

RUA JOAQUIM ANIBAL, 413 - BAIRRO CENTRAL

TELEFONE: (34) 3690-3189

"A tempestade passa. A vida Continua."

É um serviço socioassistencial que organiza o acolhimento de crianças e adolescentes, afastados da convivência familiar por medida de proteção, em residências de famílias acolhedoras previamente cadastradas.

- Ter 21 (vinte um) anos de idade ou mais;
- Ser residente no município de Curitiba, Paraná, há pelo menos 2 (dois) anos;
- Não possuir antecedentes criminais;
- Não apresentar problemas psiquiátricos ou dependência de substâncias psicoativas, através de afastado de saúde mental e psicológica;
- Não apresentar interesse por adoção da criança e do adolescente participante da Família Acolhedora, nem estejam inscritas no cadastro de adoção do Juizado da Infância e da Juventude;
- Possuir disponibilidade para participar do processo de habilitação e das atividades do serviço.