

Ministério da Infraestrutura

PASSE LIVRE

INTERESTADUAL- PESSOAS

CARENTES, COM DEFICIENCIA

REQUERIMENTO DE PASSE LIVRE PARA TRANSPORTE INTERESTADUAL DE PESSOAS CARENTES, COM DEFICIÊNCIA Lei 8.899, de 29/06/1994 – Decreto 3.691, de 19/12/2000.

CPF DO REQUERENTE _____ <small>(CPF é de Preenchimento Obrigatório)</small> Nome do Beneficiário:				SEXO:	COLAR A FOTO 3/4 AQUI
CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº:	DATA DE EMISSÃO:	ÓRGÃO EMISSOR:		ESTADO:	
OUTRO DOCUMENTO – TIPO:	Nº DO DOCUMENTO:	SÉRIE:	ÓRGÃO EMISSOR:	ESTADO:	
DATA DE NASCIMENTO:		PROFISSÃO:		CPF Nº:	
ENDEREÇO:					
BAIRRO:		CIDADE:			
CEP:	ESTADO:	TELEFONE PRÓPRIO:		TELEFONE PARA RECAUDO:	

Anexar cópia de documento de identidade indicado.

Sr. Secretário,

Venho a presença de Vs. Sa. requerer a concessão do Passe Livre do Governo Federal nos termos da Lei 8.899, de 29/06/1994 e do Decreto 3.691, de 19/12/2000, para fins de gratuidade tarifária no sistema de transporte coletivo interestadual de passageiros, nos modos rodoviário, ferroviário e aquático. Para tanto declaro:

- A) Soma das rendas de todos os membros da família, inclusive menores: R\$:
B) Número de pessoas da Família, moradores na mesma residência, inclusive menores

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

APRESENTAR NO VERSO A RELAÇÃO DE RENDIMENTO E A COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nestes termos, peço deferimento.

Local e Data:

IMPRESSÃO DIGITAL SE NÃO ALFABETIZADO:

ASSINATURA DO REQUERENTE OU DE SEU RESPONSÁVEL:

SE NÃO ALFABETIZADO OU INCAPAZ – INCLUIR DUAS TESTEMUNHAS

NOME DA 1ª TESTEMUNHA:	NÚMERO DA IDENTIDADE E ÓRGÃO EMISSOR:
ASSINATURA DA 1ª TESTEMUNHA	
NOME DA 2ª TESTEMUNHA:	NÚMERO DA IDENTIDADE E ÓRGÃO EMISSOR:
ASSINATURA DA 2ª TESTEMUNHA	

**REQUERIMENTO DE PASSE LIVRE PARA TRANSPORTE INTERESTADUAL DE PESSOAS
CARENTES, COM DEFICIÊNCIA**
Lei 8.899, de 29/06/1994 – Decreto 3.691, de 19/12/2000.

DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS E COMPOSIÇÃO FAMILIAR
(informar as pessoas que residem na mesma casa, SENDO OBRIGATÓRIO
INFORMAR O CPF DE TODOS OS RESIDENTES)

Nº	NOME	CPF	Documento de Identificação e Órgão Emissor com UF	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	Renda Mensal
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
			Total dos Rendimentos da Família			

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Nome do Requerente ou Responsável: _____

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERESTADUAL

Lei 8.899, de 29/06/1994 – Decreto 3.691, de 19/12/2000 e Portaria nº 410/GM/MT de 27/11/2014.

ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Requerente: _____

Local do Exame: _____ Data: ____ / ____ / ____

Atestamos, para a finalidade de concessão na gratuidade nos serviços do transporte interestadual coletivo de passageiros, que o requerente acima qualificado, que se identificou, possui a deficiência e a incapacidade permanente a baixo assinalada, nos termos das definições transcritas (artigo 4º do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo artigo 7º do Decreto 5296, de 02 de dezembro de 2004).

Observação: A deficiência e a incapacidade permanente devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência, anexando-se os respectivos exames complementares.

OBRIGATÓRIO APRESENTAR NO VERSO, RELATÓRIO MÉDICO COM HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.

APRESENTAR NO VERSO, DECLARAÇÃO DA IMPRENSCIBILIDADE DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE PARA LOCOMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO, SE HOUVER NECESSIDADE.

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

Tipo de Deficiência					CID 10 Obrigatório indicar conforme definição	
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA FÍSICA – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, <u>acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de</u> , paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triparesia, hemiparesia, hemiplegia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, <u>exceto deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho das funções.</u>					
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA AUDITIVA – <u>perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB)</u> ou mais, aferida por audiograma na MÉDIA das frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 3000Hz;					
	FREQÜÊNCIAS:	500Hz	1000Hz	2000Hz	3000Hz	
	Ouvido Direito: dB dB dB dB	
<input type="checkbox"/>	Ouvido Esquerdo: dB dB dB dB	
	DEFICIÊNCIA VISUAL – cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 <u>no melhor olho, com a melhor correção óptica</u> ; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com correção óptica; os casos nos quais a somatória da média do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor de 60°, ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.					
	DEFICIÊNCIA VISUAL:	Olho Direito		Olho Esquerdo		
Acuidade Visual:			
Campo Visual: °	 °			
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA MENTAL – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, <u>com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas</u> , tais como: a) comunicação, b) cuidado pessoal, c) habilidades sociais, d) utilização dos recursos da comunidade, e) saúde e segurança, habilidades acadêmicas, g) lazer e h) trabalho.					
	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h					
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA					
Assinatura:			Assinatura:			
OBRIGATÓRIA ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS, SENDO UM MÉDICO COM ESPECIALIDADE NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA						
Carimbo e Registro Profissional			Carimbo e Registro no CRM			

MINISTÉRIO DA SAÚDE

VERSO

Secretaria de Atenção à Saúde

CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERESTADUAL

Lei 8.899, de 29/06/1994 – Decreto 3.691, de 19/12/2000 e Portaria nº 410/GM/MT de 27/11/2014.

ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Requerente: _____

Local do Exame: _____ Data _____ / _____ / _____

Observação:

1. O RELATÓRIO DEVERÁ CARACTERIZAR A INCAPACIDADE PERMANENTE LEVANDO EM CONTA AS DEFINIÇÕES E INFORMAR O HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.

1. DECLARAR A IMPRESCINDIBILIDADE DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE PARA LOCOMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO, SE HOUVER NECESSIDADE

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

Relatório Médico e Histórico da Deficiência

Assinatura:	Assinatura:
OBRIGATÓRIA ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS, SENDO UM MÉDICO COM ESPECIALIDADE NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA	
Carimbo e Registro Profissional	Carimbo e Registro no CRM