

REQUERIMENTO DE PASSE LIVRE PARA O TRANSPORTE INTERESTADUAL DE PESSOAS CARENTES, COM DEFICIÊNCIA

Lei 8.899, de 29/06/1994. – Decreto 3.691, de 19/12/2000.

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:	SERIE:	ÓRGÃO EMISSOR:	ESTADO:	
DATA DE NASCIMENTO:	PROFISSÃO:	C P F Nº (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)			
ENDEREÇO:					
BAIRRO:			CIDADE:		
CEP:	ESTADO:	TELEFONE PRÓPRIO e/ou RECADOS:			

Anexar cópia do documento de identidade indicado.

Senhor Secretário,

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

A) Soma das rendas de todos os membros da família, inclusive menores: R\$.....

B) Numero de pessoas da Família, moradores na 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:	NUMERO DA IDENTIDADE E ORGÃO EMISSOR:
ASSINATURA DA 1ª TESTEMUNHA:	
NOME DA 2ª TESTEMUNHA::	NUMERO DA IDENTIDADE E ORGÃO EMISSOR:
ASSINATURA DA 2ª TESTEMUNHA:	

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

DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS E COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº	INFORMAR os dados das pessoas que residem na mesma casa, INCLUSIVE O REQUERENTE		
	SENDO OBRIGATÓRIO INFORMAR O CPF DE TODOS OS RESIDENTES		
1	NOME:		DATA DE NASCIMENTO
	DOCUMENTO DE IDENTIDADE COM ÓRGÃO EMISSOR E UF:	CPF (PRENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):	PARENTESCO COM O REQUERENTE: RENDA MENSAL:
2	NOME:		DATA DE NASCIMENTO
	DOCUMENTO DE IDENTIDADE COM ÓRGÃO EMISSOR E UF:	CPF (PRENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):	PARENTESCO COM O REQUERENTE: RENDA MENSAL:
3	NOME:		DATA DE NASCIMENTO
	DOCUMENTO DE IDENTIDADE COM ÓRGÃO EMISSOR E UF:	CPF (PRENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):	PARENTESCO COM O REQUERENTE: RENDA MENSAL:
4	NOME:		DATA DE NASCIMENTO
	DOCUMENTO DE IDENTIDADE COM ÓRGÃO EMISSOR E UF:	CPF (PRENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):	PARENTESCO COM O REQUERENTE: RENDA MENSAL:
5	NOME:		DATA DE NASCIMENTO
	DOCUMENTO DE IDENTIDADE COM ÓRGÃO EMISSOR E UF:	CPF (PRENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):	PARENTESCO COM O REQUERENTE: RENDA MENSAL:
6	NOME:		DATA DE NASCIMENTO
	DOCUMENTO DE IDENTIDADE COM ÓRGÃO EMISSOR E UF:	CPF (PRENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):	PARENTESCO COM O REQUERENTE: RENDA MENSAL:
7	NOME:		DATA DE NASCIMENTO
	DOCUMENTO DE IDENTIDADE COM ÓRGÃO EMISSOR E UF:	CPF (PRENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):	PARENTESCO COM O REQUERENTE: RENDA MENSAL:
8	NOME:		DATA DE NASCIMENTO
	DOCUMENTO DE IDENTIDADE COM ÓRGÃO EMISSOR E UF:	CPF (PRENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):	PARENTESCO COM O REQUERENTE: RENDA MENSAL:
			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 nº 8.899, de 29/06/94 e Decreto nº 3.691, de 19/12/00.

ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Requerente: _____

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

Atestamos, para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte interestadual coletivo de passageiros, que o requerente acima qualificado, que se identificou, possui a deficiência e a incapacidade permanente abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (artigo 4º do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo artigo 70 do Decreto 5.296, de 2 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.

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, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.				
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA AUDITIVA – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, e 3.000Hz;				
	FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz
	Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB
	Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA VISUAL – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica ; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida 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, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas , tais como: a) comunicação, b) cuidado pessoal, c) habilidades sociais, d) utilização dos recursos da comunidade, e) saúde e segurança, f) 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					

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde

CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERESTADUAL

Lei nº 8.899, de 29/06/94 e Decreto nº 3.691, de 19/12/00.

RELATÓRIO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Requerente: _____

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

Apresentamos para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte interestadual coletivo de passageiros, relatório médico e histórico da deficiência e da incapacidade permanente do requerente acima qualificado.

Observação:

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

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