

**REQUERIMENTO DE PASSE LIVRE
PARA O TRANSPORTE INTERESTADUAL DE PESSOA CARENTE COM DEFICIÊNCIA
Lei 8.899, de 29/06/1994. – Decreto 3.691, de 19/12/2000. - Portaria 410/GM/MT de 27/11/2014**

FORMULÁRIO PARA ACOMPANHANTE

DADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

EU _____ Requerente do Passe Livre, RG nº _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ CPF nº _____ Data de Nasc. ____/____/____ Venho à presença de V.Sa. requerer a inclusão do ACOMPANHANTE de Beneficiário do Passe Livre do Governo Federal nos termos da Lei 8.899/1994, Decreto 3.691/2000 e Portaria 410/GM/MT de 27/11/2014, de acordo com declaração de imprescindibilidade da presença do acompanhante comprovada em Atestado Médico Padrão.	
Nestes termos, peço deferimento.	IMPRESSÃO DIGITAL DE SE NÃO ALFABETIZADO:
Local e Data.....	
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO:	

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:	

DADOS DO ACOMPANHANTE

NOME DO ACOMPANHANTE:				SEXO:
DOCUMENTO Nº.	TIPO DE DOC.(EX: RG;CERT.CAS; TIT.ELET)	DATA DE EMISSÃO:	ÓRGÃO EMISSOR:	ESTADO:
DATA DE NASCIMENTO:	PROFISSAO:	C P F. Nº		
LOGRADOURO:				
BAIRRO:		CIDADE:		
CEP:	ESTADO:	TELEFONE PRÓPRIO:	TELEFONE PARA RECADOS:	

Anexar cópia do documento de identidade DO ACOMPANHANTE.

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.

Local e Data.....	IMPRESSÃO DIGITAL DE SE NÃO ALFABETIZADO:
ASSINATURA DO ACOMPANHANTE:	

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 PESSOA CARENTE COM DEFICIÊNCIA
Lei 8.899, de 29/06/1994. – Decreto 3.691, de 19/12/2000. – Portaria 410/GM/MT de 27/11/2014

**DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS E COMPOSIÇÃO FAMILIAR DO ACOMPANHANTE
(informar as pessoas que residem na mesma casa)**

Nº	Nome	Documento de identidade 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					
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 ACOMPANHANTE: _____