

**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.**

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		
ENDEREÇO:					
BAIRRO:			CIDADE:		
CEP:	ESTADO:	TELEFONE PRÓPRIO:		TELEFONE PARA 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 DE 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 PESSOA CARENTE 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)**

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 Requerente ou Responsável: \_\_\_\_\_