

**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.**

CPF do Requerente: _____ (CPF é de Preenchimento Obrigatório) 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
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						
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: _____