

PASSE LIVRE

INTERMUNICIPAL - PESSOAS
CARENTES, COM DEFICIÊNCIA E
PATOLOGIAS CRÔNICAS

SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO
E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
APCD – AESSORIA ESPECIAL PARA INTEGRAÇÃO
DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria do Trabalho
e Desenvolvimento Social

REQUERIMENTO DE PASSE LIVRE

PARA O TRANSPORTE INTERMUNICIPAL DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Lei 11.911 DE 01/12/1997 e suas alterações – Decretos 4742 , de 15/05/2009 e 6179/2010, de 02/02/2010
Resolução SESA 264/2010 e Deliberação Conjunta CEAS-PR de 25/10/2010

NOME DO BENEFICIÁRIO:			SEXO:
CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº.	DATA DE EMISSÃO:	ÓRGÃO EMISSOR:	ESTADO:
DATA DE NASCIMENTO:	PROFISSÃO:	C P F - Nº	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CIDADE:	
CEP:	ESTADO:	TELEFONE PRÓPRIO:	TELEFONE PARA RECADOS:
ENDEREÇO DO CRAS (PARA ENVIO DA CARTEIRA, CASO O ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO SEJA DE DIFÍCIL LOCALIZAÇÃO)			
BAIRRO:		CIDADE:	
CEP:	ESTADO:	TELEFONE PRÓPRIO:	TELEFONE PARA RECADOS:

Depois de preenchido, esse formulário deverá ser enviado para o seguinte endereço: **Palácio das Araucárias. Rua Jacy Loureiro de Campos s/n CEP: 80.530-915 6º andar "ala" B – (APCD / SEDS)**

Ao Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência – **COEDE/ PR**

Venho através desse, requerer a concessão do **Passo Livre** do Governo Estadual nos termos da Lei 13.456/2002, e dos Decretos 4742/2009 e 6179/2010 para fins de isenção tarifária no sistema de transporte coletivo intermunicipal de passageiros, nos serviços de transportes rodoviário, ferroviário e aquaviário e, para tanto declaro:

A) Somadas as rendas de todos os membros da família, inclusive menores: R\$

B) Número 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. Nestes termos, peço deferimento.

Local e Data.....

ASSINATURA: DO REQUERENTE OU DE SEU RESPONSÁVEL

SE ANALFABETO 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:	