



**CARTÃO PASSE LIVRE**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS PARA PROMOÇÃO**  
**E DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS (DPDH)**

PETIÇÃO Nº \_\_\_\_\_  
PROCESSO Nº \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO: PREENCHER LEGIVELMENTE TODOS OS CAMPOS, SEM RASURAS.**

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

NOME DO(A) REQUERENTE (PESSOA COM DEFICIÊNCIA, ONCOLÓGICO OU RENAL CRÔNICO)		CPF
ENDEREÇO		NÚMERO
COMPLEMENTO (apartamento, casa, etc.)	BAIRRO	
CEP	TELEFONE(S) PARA NOTIFICAÇÃO	DATA DE NASCIMENTO (LEGÍVEL) ____/____/____
E-MAIL (LEGÍVEL) PARA NOTIFICAÇÃO		
NOME DO(A) REPRESENTANTE LEGAL		CPF

**2. SOLICITAÇÃO**

O(A) REQUERENTE / REPRESENTANTE, ACIMA IDENTIFICADO(A), VEM SOLICITAR:

<input type="checkbox"/>	<b>1 CADASTRO NOVO</b>	<b>1ª VEZ QUE SOLICITA O BENEFÍCIO</b>
<input type="checkbox"/>	<b>2 REVALIDAÇÃO</b>	<b>SOMENTE NO MÊS DE ANIVERSÁRIO DO(A) REQUERENTE</b>
<input type="checkbox"/>	<b>3 TEMPORÁRIO</b>	<b>SOLICITA TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO (ANEXAR CÓPIA DA GUIA COM DATA DE INÍCIO)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>4 CORREÇÃO DE DADOS:</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<b>5 RECONSIDERAÇÃO DE PETIÇÃO NÚMERO:</b>	_____

**\* OBS.: NÃO SERÁ(ÃO) ACEITA(S) SOLICITAÇÃO(ÕES) SEM O FORMULÁRIO DE LAUDO MÉDICO DO DDD DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO E DE TODAS AS CÓPIAS DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS NO VERSO DESTES FORMULÁRIOS!**

**3. ASSINATURAS**

DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
ASSINATURA DO(A) REQUERENTE / REPRESENTANTE LEGAL	ASSINATURA / CARIMBO DO(A) SERVIDOR(A)

**4. DESPACHO (CAMPO RESERVADO À PJF)**

<input type="checkbox"/> DEFERIDO	<input type="checkbox"/> PASSE FÁCIL	<input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO
	<input type="checkbox"/> CARTÃO.PCD.	Nº DE VALES: _____
		VIGÊNCIA ATÉ: ____/____/____
<input type="checkbox"/> INDEFERIDO _____		

**5. TIPO(S) DE DEFICIÊNCIA(S) OU DOENÇA(S)**

<input type="checkbox"/> FÍSICA	<input type="checkbox"/> VISUAL	<input type="checkbox"/> AUDITIVA	<input type="checkbox"/> INTELLECTUAL
<input type="checkbox"/> MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> AUTISMO	<input type="checkbox"/> RENAL CRÔNICO	<input type="checkbox"/> ONCOLÓGICO

**6. CARACTERÍSTICA(S)**

<b>PRECISA DE ACOMPANHANTE?</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<b>PASSA NA ROLETA?</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
DATA: ____/____/____					
ASSINATURA / CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL PELA SDS / SSPSD / DPDH					

## DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

### 1 – PASSE LIVRE CADASTRO NOVO

- A. FORMULÁRIO CORRETAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO;
- B. **ORIGINAL** DO LAUDO MÉDICO DO DPDH (**SOMENTE SERÁ ACEITO LAUDO PRÓPRIO DO SETOR RESPONSÁVEL**) – **Lei 13.515/2017**;
- C. CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE;
- D. CÓPIA DE DOCUMENTO QUE POSSUA NÚMERO DO CPF;
- E. CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO (**NO CASO DE MENOR DE IDADE SEM CPF**);
- F. **CÓPIA\*** DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO (CONTA DE ÁGUA, LUZ OU TELEFONE);  
\* **OBS.: NÃO ANEXAR COMPROVANTE ORIGINAL!**
- G. CÓPIA DO COMPROVANTE DE RENDA MENSAL DO(A) REQUERENTE (**PESSOA COM DEFICIÊNCIA, ONCOLÓGICO OU RENAL CRÔNICO**) OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL {TUTOR(A) / CURADOR(A)}.

### 2 – PASSE LIVRE REVALIDAÇÃO

- A. FORMULÁRIO CORRETAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO;
- B. **ORIGINAL** DO LAUDO MÉDICO DO DDD (**SOMENTE SERÁ ACEITO LAUDO PRÓPRIO DO SETOR RESPONSÁVEL**) – **Lei 13.515/2017**;
- C. CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE;
- D. CÓPIA DE DOCUMENTO QUE POSSUA NÚMERO DO CPF;
- E. CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO (**NO CASO DE MENOR DE IDADE SEM CPF**);
- F. **CÓPIA\*** DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO (CONTA DE ÁGUA, LUZ OU TELEFONE);  
\* **OBS.: NÃO ANEXAR COMPROVANTE ORIGINAL!**
- G. CÓPIA DO COMPROVANTE DE RENDA MENSAL DO(A) REQUERENTE (**PESSOA COM DEFICIÊNCIA, ONCOLÓGICO OU RENAL CRÔNICO**) OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL {TUTOR(A) / CURADOR(A)}.

### 3 – PASSE LIVRE TEMPORÁRIO

- A. FORMULÁRIO CORRETAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO;
- B. **ORIGINAL** DO LAUDO MÉDICO DO DDD, CONSTANDO O TEMPO DE TRATAMENTO: **MÁXIMO DE 06 MESES**. (**SOMENTE SERÁ ACEITO LAUDO PRÓPRIO DO SETOR RESPONSÁVEL**) – **Lei 13.515/2017**;
- C. CÓPIA DA GUIA DE TRATAMENTO (**OBRIGATÓRIO**), JÁ MARCADA COM DATA E LOCAL;
- D. CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE;
- E. CÓPIA DE DOCUMENTO QUE POSSUA NÚMERO DO CPF;
- F. CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO (**NO CASO DE MENOR DE IDADE SEM CPF**);
- G. **CÓPIA\*** DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO (CONTA DE ÁGUA, LUZ OU TELEFONE);  
\* **OBS.: NÃO ANEXAR COMPROVANTE ORIGINAL!**
- H. CÓPIA DO COMPROVANTE DE RENDA MENSAL DO(A) REQUERENTE (**PESSOA COM DEFICIÊNCIA, ONCOLÓGICO OU RENAL CRÔNICO**) OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL {TUTOR(A) / CURADOR(A)}.

### 4 – CORREÇÃO DE DADOS

- A. FORMULÁRIO CORRETAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO;
- B. DOCUMENTO(S) QUE JUSTIFIQUE(M) O PEDIDO DE CORREÇÃO DE DADOS, **SE FOR O CASO**.

### 5 – RECONSIDERAÇÃO DE PETIÇÃO

- A. FORMULÁRIO CORRETAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO;
- B. DOCUMENTO(S) QUE JUSTIFIQUE(M) O PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO, **SE FOR O CASO**.

## IMPORTANTE!

- 1) ENTENDE-SE TAMBÉM COMO **COMPROVANTE DE RENDA**: CÓPIA DO EXTRATO BANCÁRIO DO BENEFÍCIO RECEBIDO;
- 2) PARA CASOS EM QUE O BENEFICIÁRIO NÃO POSSUI **NENHUM** COMPROVANTE DE RENDA, DEVE-SE APRESENTAR A **DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO DE CONSTA / NADA CONSTA**, EMITIDA PELO INSS. ESTA DECLARAÇÃO, PODERÁ SER SOLICITADA PELA **INTERNET** (<https://meu.inss.gov.br/central/index.html#/nada-consta>), POR MEIO DE CADASTRO DE LOGIN E SENHA, SEM A NECESSIDADE DE COMPARECER A UMA UNIDADE DO INSS.