



| | |
|---|-------------|
| CARTÃO PASSE LIVRE | PETIÇÃO Nº |
| DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS PARA PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS (DPDH) | 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"/> | 1 CADASTRO NOVO | 1ª VEZ QUE SOLICITA O BENEFÍCIO |
| <input type="checkbox"/> | 2 REVALIDAÇÃO | SOMENTE NO MÊS DE ANIVERSÁRIO DO(A) REQUERENTE |
| <input type="checkbox"/> | 3 TEMPORÁRIO | SOLICITA TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO (ANEXAR CÓPIA DA GUIA COM DATA DE INÍCIO) |
| <input type="checkbox"/> | 4 CORREÇÃO DE DADOS: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 5 RECONSIDERAÇÃO DE PETIÇÃO NÚMERO: | _____ |

*** 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 DESTE FORMULÁRIO!**

3. ASSINATURAS

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

4. DESPACHO (CAMPO RESERVADO À PJF)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DEFERIDO | <input type="checkbox"/> PASSE FÁCIL <input type="checkbox"/> CARTÃO.PCD. |
| <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO 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"/> INTELECTUAL |
| <input type="checkbox"/> MÚLTIPLA | <input type="checkbox"/> AUTISMO | <input type="checkbox"/> RENAL CRÔNICO | <input type="checkbox"/> ONCOLÓGICO |

6. CARACTERÍSTICA(S)

| | |
|--|--|
| PRECISA DE ACOMPANHANTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | PASSA NA ROLETA? <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.