



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"/> 1	CADASTRO NOVO	<input type="checkbox"/> 1ª VEZ QUE SOLICITA O BENEFÍCIO
<input type="checkbox"/> 2	REVALIDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOMENTE NO MÊS DE ANIVERSÁRIO DO(A) REQUERENTE
<input type="checkbox"/> 3	TEMPORÁRIO	<input type="checkbox"/> 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: ____/____/____	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)

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.