



SECRETARIA
DOS TRANSPORTES
SETRANS

SECRETARIA
DA ASSISTÊNCIA SOCIAL,
TRABALHO E DIREITOS
HUMANOS - SASC

SECRETARIA
PARA INCLUSÃO
DA PESSOA COM
DEFICIÊNCIA - SEID



Uso interno, não preencher:

Cad. nº _____

Cart. nº _____

Série nº _____

CONCESSÃO DO PASSE LIVRE NO TRANSPORTE INTERMUNICIPAL

Lei Estadual nº 5.583, de 11 de julho de 2006 e Decreto 12.569 de 16 de abril de 2007

CRENCIAMENTO DE ACOMPANHANTES

Nome:	Data:	RG:
(Pessoa com Deficiência Permanente)	(Nascimento)	(Identidade)

É obrigatória a apresentação deste formulário quando a pessoa com deficiência tiver necessidade de acompanhante nas viagens intermunicipais.

O direito à gratuidade, por viagem, é para apenas um acompanhante com idade mínima de 18 anos completos que deverá se identificar na hora do embarque mediante a apresentação do documento de identidade.

Identificação de 3 (três) acompanhantes credenciados pela Pessoa com Deficiência, pais e/ou responsáveis:

Nome:			
Parentesco:	Data Nascimento:	Sexo: () M () F	
Identidade – RG:	CPF:	Telefone: ()	
Endereço (R/Av.):		Bairro:	
Cidade:	CEP:	UF:	
Nome:			
Parentesco:	Data Nascimento:	Sexo: () M () F	
Identidade – RG:	CPF:	Telefone: ()	
Endereço (R/Av.):		Bairro:	
Cidade:	CEP:	UF:	
Nome:			
Parentesco:	Data Nascimento:	Sexo: () M () F	
Identidade – RG:	CPF:	Telefone: ()	
Endereço (R/Av.):		Bairro:	
Cidade:	CEP:	UF:	

(Local)	(Data)	
Assinatura da Pessoa com Deficiência e/ou responsável legal. (Tutor ou Curador).		Homologação = Assistente Social – Nome e Registro no Conselho Profissional (c/ carimbo).

Todos os campos do formulário devem ser preenchidos corretamente de forma legível.