ANTT
AGÊNCIA NACIONAL DE TRANSPORTES TERRESTRES

PASSE LIVRE

REQUERIMENTO DE PASSE LIVRE PARA O TRANSPORTE INTERESTADUAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA COMPROVADAMENTE CARENTES

Lei 8.899, de 29/06/1994 - Decreto 3.691, de 19/12/2000 - Portaria 1.579, de 25/11/2022.

NOME DO BENEFICIÁRIO:		COLAR A FOTO ¾ AQUI (FUNDO BRANCO)
CPF Nº (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):	DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	CIDADE:	
CEP: / ESTADO:	TELEFONE PRÓPRIO e/ou RECADOS:	
ENDEREÇO DE E-MAIL:		

O Beneficiário possui Benefício de Prestação Continuada (BPC) concedido à Pessoa com Deficiência?

SIM ( ) NÃO ( )

Em observância à Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar a ANTT a realizar o tratamento de meus Dados Pessoais para as finalidades de avaliação de Concessão do Passe Livre. Estou ciente de que a ANTT poderá utilizar os meios de contatos informados (telefone e e-mail) neste formulário para fins de comunicação.

(Anexar cópia do documento de identificação do beneficiário. Se o beneficiário for menor de idade ou incapaz, anexar também o documento de identificação do responsável legal juntamente com o documento de tutela ou curatela, conforme o caso).

Os beneficiários do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC, previstos no inciso V do art. 203 da Constituição Federal, devidamente enquadrados no Código (B87), como pessoas com deficiência, serão **dispensados** da comprovação da **renda mensal bruta familiar** e da apresentação do **atestado médico**.

Para fins da requisição da concessão do Passe Livre do Governo Federal, declaro:

A) Há membro da família aposentado por invalidez que necessite de assistência permanente de outra pessoa e se enquadre no art.45 da Lei 8.213/1991? **NÃO ( ) SIM ( )**
Se sim, informar a renda familiar bruta. R$.....

B) Soma da renda mensal bruta familiar: R$.....

C) Número de pessoas da família, moradores na residência, inclusive menores: N°.....

Nestes termos, peço deferimento.

Local e Data.....

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU DE SEU RESPONSÁVEL:	IMPRESSÃO DIGITAL SE NÃO ALFABETIZADO:

SE NÃO ALFABETIZADO - INCLUIR DUAS TESTEMUNHAS

NOME DA 1ª TESTEMUNHA:	CPF:
ASSINATURA DA 1ª TESTEMUNHA:	
NOME DA 2ª TESTEMUNHA:	CPF:
ASSINATURA DA 2ª TESTEMUNHA:	