



**Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES
PODER EXECUTIVO**

DECRETO Nº 11.909, DE 17 DE MAIO DE 2023.

REGULAMENTA A LEI MUNICIPAL Nº 2.414, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1994, QUE "ISENTA DO PAGAMENTO DA PASSAGEM DO TRANSPORTE COLETIVO URBANO AS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, AUDITIVA, VISUAL, SENSORIAL, OS EXCEPCIONAIS E SEU ACOMPANHANTE."

DIOGO SEGABINAZZI SIQUEIRA, Prefeito Municipal de Bento Gonçalves, no uso de suas atribuições que lhe confere a Lei Orgânica do Município, e conforme a Lei Municipal nº 2.414, de 28 de dezembro de 1994,

D E C R E T A:

Art. 1º Fica assegurado o Passe Livre às Pessoas com Deficiência no Transporte Público Coletivo de Passageiros Urbano e Distrital regular no Município de Bento Gonçalves que se enquadrarem em algum(ns) do(s) CID(s) do ANEXO I e que possuam renda mensal individual de até 02 (dois) salários-mínimos.

§ 1º O Passe Livre é a isenção do pagamento da tarifa no Serviço de Transporte Público Coletivo de Passageiros Urbano e Distrital regular no âmbito municipal.

§ 2º Ficam excluídas deste benefício as pessoas com deficiência que, por qualquer vínculo, já sejam beneficiadas com o vale-transporte urbano.

Art. 2º As pessoas com deficiência, compreendidas no art. 1º poderão apresentar o requerimento do Passe Livre à CAISPEDE – Coordenadoria de Acessibilidade e Inclusão da Pessoa com Deficiência, devidamente acompanhado dos documentos exigidos nos incisos do art. 4º desta Lei para apreciação e posterior emissão da carteira do Passe Livre pela empresa municipal responsável pela bilhetagem eletrônica.

Art. 3º A pessoa com deficiência, beneficiária do Passe Livre, quando comprovadamente necessário, terá direito a acompanhante, devendo constar na carteira o registro desta necessidade e os 03 (três) nomes indicados para acompanhá-la, e, se for o caso, por qual período está compreendida.

§ 1º A comprovação da necessidade do acompanhante será feita mediante justificativa emitida pela CAISPEDE (ANEXO IV) à empresa municipal responsável pela bilhetagem eletrônica, com a indicação dos 03 (três) nomes de acompanhantes possíveis.



**Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES
PODER EXECUTIVO**

§ 2º A pessoa com deficiência que se utilizar do Passe Livre com necessidade de acompanhante não poderá utilizar o veículo de transporte coletivo de passageiros, urbano ou distrital regular desacompanhada, e caso o fizer de forma reiterada, perderá o Passe Livre aos acompanhantes indicados na sua carteira.

§ 3º No caso do deficiente estar em baixa hospitalar o seu acompanhante poderá solicitar autorização à CAISPEDE para utilizar o Passe Livre desacompanhado, mediante requerimento com declaração médica da baixa hospitalar do deficiente, sendo que nesta declaração deverá constar o período em que se fizer necessária a assistência do acompanhante.

§ 4º A CAISPEDE poderá autorizar o acompanhante a utilizar o Passe Livre (ANEXO VII) até a alta hospitalar do deficiente, emitindo autorização escrita e comunicando a referida autorização, com cópia da mesma à empresa responsável pela bilhetagem eletrônica.

Art. 4º Para requerer o benefício do Passe Livre serão necessários os seguintes documentos:

- I – 01 (uma) foto 3x4 da pessoa com deficiência;
- II – 01 (uma) foto 3x4 de cada acompanhante;
- III – carteira de identidade e CPF, original e cópia, da pessoa com deficiência e de cada acompanhante;
- IV – cópia de comprovante de residência;
- V – cópia do comprovante de renda ou declaração de ausência de renda (ANEXO VI);
- VI – Laudo Médico padronizado, fornecido pela CAISPEDE, preenchido, carimbado e assinado por médico da área da deficiência do requerente (ANEXO II);
- VII – requerimento fornecido pela CAISPEDE (ANEXO III), preenchido, e assinado pelo interessado ou responsável;
- VIII – declaração do requerente ou de seu representante legal da veracidade das informações prestadas, sob as penas da lei (ANEXO V).

§1º Caso o comprovante de residência esteja em nome de terceiros, deverá apresentar a declaração de residência (ANEXO VIII), homologado pela rede pública.

§ 2º As fotocópias dos documentos constantes nos incisos do art. 4º e o Laudo Médico ficarão arquivados na CAISPEDE pelo prazo de 02 (dois) anos, quando poderão ser descartados em razão da renovação do cartão.



**Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES
PODER EXECUTIVO**

Art. 5º A confecção do cartão do Passe Livre e os custos provenientes desta ação são de responsabilidade da empresa municipal responsável pela bilhetagem eletrônica.

Art. 6º O cartão do Passe Livre poderá ser retirado pelo titular ou por seu responsável.

Art. 7º O cartão do Passe Livre terá validade de 02 (dois) anos a partir de sua emissão, cuja validade deverá constar impressa no próprio cartão do usuário.

§ 1º Na renovação do cartão do Passe Livre será necessária a apresentação dos documentos relacionados nos incisos IV, V, VI e VIII, do artigo 4º desta Lei.

§ 2º Na renovação do cartão do Passe Livre será dispensada a apresentação do Laudo Médico, constante no Anexo II desta Lei, para as pessoas que têm deficiência permanente, declarada no primeiro requerimento do Passe Livre.

Art. 8º O beneficiário do Passe Livre que tiver seu cartão bloqueado e retido por uso indevido ficará com o benefício suspenso por 01 (um) ano, podendo requerê-lo novamente após este período.

Art. 9º As reclamações e denúncias deverão ser feitas no COMUDEP, que analisará e tomará as medidas pertinentes.

Art. 10 Revogam-se as disposições em contrário, e, em especial, o Decreto nº 7.230, de 18 de junho de 2010.

Art. 11 Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE BENTO GONÇALVES,
aos dezessete dias do mês de maio de dois mil e vinte e três.

Registre-se e Publique-se.

Sidgrei A. Machado Spassini
Procurador-Geral do Município

DIOGO SEGABINAZZI SIQUEIRA
Prefeito Municipal.

Gustavo Baldasso Schramm
Subprocurador-Geral do Município

Registrado (a) às fls. 42
e publicado (a)
Em 18 / 05 / 23

JB



ANEXO I RELAÇÃO DOS CIDs

DEFICIÊNCIA FÍSICA

B91	Sequelas de poliomielite
E34.3	Nanismo, não qualificado em outra parte
G04.1	Paraplegia espástica tropical
G11.0	Ataxia congênita não-progressiva
G11.1	Ataxia cerebelar de início precoce
G11.2	Ataxia cerebelar de início tardio
G11.3	Ataxia cerebelar com déficit na reparação do DNA
G11.4	Paraplegia espástica hereditária
G11.8	Outras ataxias hereditárias
G11.9	Ataxia hereditária não especificada
G12.0	Atrofia muscular espinal infantil tipo I (Werdnig-Hoffman)
G12.1	Outras atrofias musculares espinais hereditárias
G12.2	Doença do neurônio motor
G12.8	Outras atrofias musculares espinais e síndromes musculares correlatas
G12.9	Atrofia muscular espinal, não especificada
G56.1	Outras lesões do nervo mediano
G56.2	Lesões do nervo cubital (ulnar)
G56.3	Lesão do nervo radial
G56.9	Mononeuropatia dos membros superiores, não especificada
G57.2	Lesão do nervo femoral
G57.3	Lesão do nervo poplíteo lateral
G57.4	Lesão do nervo poplíteo medial
G57.9	Mononeuropatia dos membros inferiores, não especificada
G60.0	Neuropatia hereditária motora e sensorial
G61.0	Síndrome de Guillain-Barré
G63.6	Polineuropatia em outros transtornos osteomusculares
G71.0	Distrofia muscular
G80.0	Paralisia cerebral espástica
G80.1	Diplegia espástica
G80.2	Hemiplegia infantil
G80.3	Paralisia cerebral discinética
G80.4	Paralisia cerebral atáxica
G80.8	Outras formas de paralisia cerebral infantil
G80.9	Paralisia cerebral infantil não especificada
G81.0	Hemiplegia flácida
G81.1	Hemiplegia espástica
G81.9	Hemiplegia não especificada
G82.0	Paraplegia flácida
G82.1	Paraplegia espástica
G82.2	Paraplegia, não especificada
G82.3	Tetraplegia flácida
G82.4	Tetraplegia espástica
G82.5	Tetraplegia, não especificada
G83.0	Diplegia dos membros superiores
G83.1	Monoplegia do membro inferior
G83.2	Monoplegia do membro superior
G83.3	Monoplegia, não especificada
G83.8	Outras síndromes paralíticas especificadas
G91.0	Hidrocefalia comunicante
G91.1	Hidrocefalia obstrutiva

G91.2	Hidrocefalia de pressão normal
G91.3	Hidrocefalia pós-traumática não especificada
G91.8	Outras formas de hidrocefalia
G91.9	Hidrocefalia não especificada
G94.0	Hidrocefalia em doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte
G94.1	Hidrocefalia em doenças neoplásicas
G94.2	Hidrocefalia em outras doenças classificadas em outra parte
I69.4	Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
M16.0	Coxartrose primária bilateral
M16.1	Outras coxartroses primárias
M16.2	Coxartrose bilateral resultante de displasia
M16.3	Outras coxartroses displásicas
M16.4	Coxartrose bilateral pós-traumática
M16.5	Outras coxartroses pós-traumáticas
M16.6	Outras coxartroses secundárias bilaterais
M16.7	Outras coxartroses secundárias
M16.9	Coxartrose não especificada
M17.0	Gonartrose primária bilateral
M17.1	Outras gonartroses primárias
M17.4	Outras gonartroses secundárias bilaterais
M21.5	Mão e pé em garra e mão e pé tortos adquiridos
M21.6	Outras deformidades adquiridas do tornozelo e do pé
M21.7	Desigualdade (adquirida) do comprimento dos membros
M21.8	Outras deformidades adquiridas especificadas dos membros
M67.0	Tendão de Aquiles curto (adquirido)
M88.8	Doença de Paget de outros ossos
M89.0	Algoneurodistrofia
M95.8	Outras deformidades adquiridas especificadas do sistema osteomuscular
M95.9	Deformidade adquirida do sistema osteomuscular, não especificada
Q01.0	Encefalocele frontal
Q01.1	Encefalocele nasofrontal
Q01.2	Encefalocele occipital
Q01.8	Encefalocele de outras localizações
Q01.9	Encefalocele não especificada
Q02	Microcefalia
Q03.0	Malformações do aqueduto de Sylvius
Q03.1	Atresia das fendas de Luschka e do forâmen de Magendie
Q03.8	Outra hidrocefalia congênita
Q03.9	Hidrocefalia congênita não especificada
Q04.0	Malformações congênitas do corpo caloso
Q04.1	Arrinencefalia
Q04.2	Holoprosencefalia
Q04.3	Outras deformidades por redução do encéfalo
Q04.4	Displasia do septo e das vias ópticas
Q04.5	Megalencefalia
Q04.6	Cistos cerebrais congênitos
Q04.8	Outras malformações congênitas especificadas do encéfalo
Q04.9	Malformação congênita não especificada do encéfalo
Q05.1	Espinha bífida torácica com hidrocefalia
Q05.2	Espinha bífida lombar com hidrocefalia
Q05.3	Espinha bífida sacra com hidrocefalia
Q05.4	Espinha bífida não especificada, com hidrocefalia
Q05.5	Espinha bífida cervical, sem hidrocefalia
Q05.6	Espinha bífida torácica, sem hidrocefalia
Q05.7	Espinha bífida lombar, sem hidrocefalia
Q06.0	Amielia

Q06.1	Hipoplasia e displasia da medula espinal
Q06.2	DiaSTEMATOMIELIA
Q06.3	Outras malformações congênitas da cauda equina
Q06.4	Hidromielia
Q06.8	Outras malformações congênitas especificadas da medula espinal
Q06.9	Malformação congênita não especificada da medula espinal
Q07.0	Síndrome de Arnold-Chiari
Q07.8	Outras malformações congênitas especificadas do sistema nervoso
Q07.9	Malformação congênita não especificada do sistema nervoso
Q65.0	Luxação congênita unilateral do quadril
Q65.1	Luxação congênita bilateral do quadril
Q65.2	Luxação congênita não especificada do quadril
Q65.3	Subluxação congênita unilateral do quadril
Q65.4	Subluxação congênita bilateral do quadril
Q65.5	Subluxação congênita não especificada do quadril
Q65.6	Quadril instável
Q65.8	Outras deformidades congênitas do quadril
Q65.9	Deformidade congênita não especificada do quadril
Q66.0	Pé torto equinovaro
Q67.5	Deformidades congênitas da coluna vertebral
Q68.2	Deformidade congênita do joelho
Q68.3	Encurvamento congênito do fêmur
Q68.4	Encurvamento congênito da tíbia e do perônio (fíbula)
Q71.0	Ausência congênita completa do(s) membro(s) superior(es)
Q71.1	Ausência congênita do braço e do antebraço, com mão presente
Q71.2	Ausência congênita do antebraço e da mão
Q71.3	Ausência congênita da mão e de dedo(s)
Q71.6	Mão em garra de lagosta
Q71.9	Defeito, por redução do membro superior, não especificado
Q72.0	Ausência congênita completa do(s) membro(s) inferior(es)
Q72.1	Ausência congênita da coxa e da perna com pé presente
Q72.2	Ausência congênita da perna e do pé
Q72.3	Ausência congênita do pé e de artelho(s)
Q72.4	Defeito de redução longitudinal da tíbia (focal femoral proximal)
Q72.5	Defeito de redução longitudinal da tíbia
Q72.6	Defeito de redução longitudinal do perônio (fíbula)
Q72.7	Pé bífido
Q72.8	Outros defeitos por redução do(s) membro(s) inferior(es)
Q72.9	Defeito não especificado por redução do membro inferior
Q74.1	Malformação congênita do joelho
Q74.2	Outras malformações congênitas do(s) membro(s) inferiores, inclusive da cintura pélvica
Q74.9	Malformações congênitas não especificadas de membro(s)
Q79.0	Hérnia diafragmática congênita
Q79.1	Outras malformações congênitas do diafragma
Q79.2	Exonfalia
Q79.3	Gastrosquise
Q79.4	Síndrome do abdome em ameixa seca ("prune belly syndrome")
Q79.5	Outras malformações congênitas da parede abdominal
Q79.6	Síndrome de Ehlers-Danlos
Q79.8	Outras malformações congênitas do sistema osteomuscular
Q79.9	Malformação congênita não especificada do sistema osteomuscular
Q87.1	Síndromes com malformações congênitas associadas predominantemente com nanismo
R26.0	Marcha atáxica
R26.1	Marcha parálitica
S47	Lesão por esmagamento do ombro e do braço
S48.0	Amputação traumática da articulação do ombro

S48.1	Amputação traumática de localização entre o ombro e o cotovelo
S57.0	Lesão por esmagamento do cotovelo
S57.1	Lesão por esmagamento de outras partes do antebraço
S58.0	Amputação traumática ao nível do cotovelo
S58.1	Amputação traumática do antebraço entre o cotovelo e o punho
S67.0	Lesão por esmagamento do polegar e de outro(s) dedo(s)
S67.8	Lesão por esmagamento de outras partes e das não especificadas do punho e da mão
S68.0	Amputação traumática do polegar (completa) (parcial)
S68.3	Amputação traumática combinada de (partes de) dedo(s) associada a outras partes do punho e da mão
S68.4	Amputação traumática da mão ao nível do punho
S68.8	Amputação traumática de outras partes do punho e da mão
S77.0	Lesão por esmagamento do quadril
S77.2	Lesão por esmagamento do quadril e da coxa
S77.8	Lesão por esmagamento da coxa
S78.0	Amputação traumática na articulação do quadril
S78.1	Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril
S78.9	Amputação traumática do quadril e coxa nível não especificado
S87.0	Traumatismo por esmagamento do joelho
S88.0	Amputação traumática ao nível do joelho
S88.1	Amputação traumática entre o joelho e o tornozelo
S88.9	Amputação traumática da perna ao nível não especificado
S97.0	Lesão por esmagamento do tornozelo
S97.8	Lesão por esmagamento de outras partes do tornozelo e do pé
S98.0	Amputação traumática do pé ao nível do tornozelo
S98.3	Amputação traumática de outras partes do pé
T05.0	Amputação traumática de ambas as mãos
T05.1	Amputação traumática de uma mão e de um outro braço (qualquer nível, exceto mão)
T05.2	Amputação traumática de ambos os braços (qualquer nível)
T05.3	Amputação traumática de ambos os pés
T05.4	Amputação traumática de um pé e outra perna (qualquer nível, exceto pé)
T05.5	Amputação traumática de ambas as pernas (qualquer nível)
T05.6	Amputação traumática de membros superiores e inferiores, qualquer combinação (qualquer nível)
T91.1	Sequelas de fratura de coluna vertebral
T92.6	Sequelas de esmagamento e amputação traumática de membro superior
T93.6	Sequelas de esmagamento e amputação traumática de membro inferior
Z89.0	Ausência adquirida de dedo(s) da mão (inclusive polegar) unilateral
Z89.1	Ausência adquirida de mão e punho
Z89.2	Ausência adquirida de braço acima do punho
Z89.3	Ausência adquirida de ambos os membros superiores (qualquer nível)
Z89.4	Ausência adquirida de pé e tornozelo
Z89.5	Ausência adquirida de perna ao nível ou abaixo do joelho
Z89.6	Ausência adquirida de perna acima do joelho
Z89.7	Ausência adquirida de ambos os membros inferiores (qualquer nível, exceto somente artelhos)
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	
F00	Demência na doença de Alzheimer
F01	Demência Vascular
F02	Demência em outras doenças classificadas em outra parte
F20	Esquizofrenia
F25	Transtorno esquizoafetivo
F31	Transtorno afetivo bipolar, episódio maníaco com sintomas psicóticos
F31.2	Transtorno afetivo bipolar, episódio maníaco com sintomas psicóticos
F31.5	Transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
F33.3	Transtorno depressivo recorrente, episódio grave com sintomas psicóticos
F34.0	Ciclotimia
F70	Retardo mental leve
F71	Retardo mental moderado

F71.0	Retardo Mental Moderado - menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento
F71.1	Retardo Mental Moderado – comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento
F71.8	Retardo Mental Moderado – outros comprometimentos do comportamento
F72	Retardo mental grave
F72.0	Retardo Mental Grave - menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento-
F72.1	Retardo Mental Grave - comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento
F72.8	Retardo Mental Grave - outros comprometimentos do comportamento
F73	Retardo mental profundo
F73.0	Retardo Mental Profundo - menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento
F73.1	Retardo Mental Profundo – comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento
F73.8	Retardo Mental Profundo – outros comprometimentos do comportamento
F83	Transtornos específicos misto de desenvolvimento
F84.0	Autismo Infantil
F84.1	Autismo atípico
F84.2	Síndrome de Rett
F84.3	Outros transtornos desintegrativos da infância
F84.4	Transtorno com hipercinesia associado a retardo mental e a movimentos estereotipados
F84.8	Outros transtornos globais do desenvolvimento
F84.9	Transtornos globais do desenvolvimento, não especificado
F89	Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado
F91.1	Distúrbio de conduta não socializado
F92.0	Transtornos mistos de conduta e emoções – Distúrbio depressivo de conduta
G40.1	Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização com crises parciais simples
G40.2	Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização com crises parciais complexas
G40.4	Outras epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas
Q90	Síndrome de Down

DEFICIÊNCIA VISUAL E CEGUEIRA

H54.0	Cegueira, ambos os olhos
H54.1	Cegueira em um olho e visão subnormal em outro
H54.2	Visão subnormal de ambos os olhos
H54.3	Perda não qualificada da visão em ambos os olhos
H54.7	Perda não especificada da visão

DEFICIÊNCIA AUDITIVA

H90.0	Perda de audição bilateral devida a transtorno de condução
H90.1	Perda de audição unilateral por transtorno de condução, sem restrição de audição contralateral
H90.2	Perda não especificada de audição devida a transtorno de condução
H90.3	Perda de audição bilateral neurosensorial
H90.4	Perda de audição unilateral neurosensorial, sem restrição de audição contralateral
H90.5	Perda de audição neurosensorial, não especificada
H90.6	Perda de audição bilateral mista, de condução e neurosensorial
H90.7	Perda de audição bilateral mista, de condução e neurosensorial, sem restrição de audição contralateral
H90.8	Perda de audição mista de condução e neurosensorial, não especificada
H91.0	Perda de audição ototóxica
H91.1	Presbiacusia
H91.2	Perda de audição súbita idiopática
H91.3	Surdo-mudez, não classificada em outra parte
H91.8	Outras perdas de audição especificadas
H91.9	Perda não especificada de audição

DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

B24	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) não especificada
-----	---



PREFEITURA MUNICIPAL DE BENTO GONÇALVES

LAUDO MÉDICO PARA A CONCESSÃO E ISENÇÃO DE TARIFA DE TRANSPORTE COLETIVO URBANO

DATA: ____/____/____

PROTOCOLO CAISPEDE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

FOTO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

CPF: ____-____-____-____ RG: _____

FILIAÇÃO:

MÃE: _____

PAI: _____

RUA: _____ Nº: _____ COMPLEMENTO: _____

BAIRRO _____ CEP: _____-____ CIDADE: _____

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL

LOCAL DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO MÉDICO

C.I.D.:

DEFICIÊNCIA: () PERMANENTE () PROVISÓRIA

ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO CASO SIM, INDICÁ-LOS ABAIXO:

1- _____

2- _____

3- _____

DATA: ____/____/____

NOME E CARIMBO DO MÉDICO_____
CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE BENTO GONÇALVES

REQUERIMENTO

DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

FOTO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

CPF: ____-____-____ RG: _____

NATURALIDADE: _____

RUA: _____ BAIRRO: _____

Nº: _____ COMPLEMENTO: _____ CEP: _____-____

TELEFONE (____) _____

TIPO DE DEFICIÊNCIA: _____

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL

DIGITAL

SENHOR(A) SECRETÁRIO(A),

Venho à presença de Vossa Senhoria, requerer a concessão do Passe Livre do Governo Municipal, nos termos da Lei de Passe Livre Municipal em vigor e do reespectivo Decreto Municipal, para fins de isenção tarifária no sistema de transporte coletivo urbano de passageiros municipal.

Nestes termos, peço deferimento.

() DEFERIDO () INDEFERIDO

DATA: ____/____/____

SECRETARIO DE ESPORTES E DESENVOLVIMENTO SOCIAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE BENTO GONÇALVES

REQUERIMENTO DE ACOMPANHANTE

DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE

NOME DO ACOMPANHANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

CPF: ____-____-____ RG: _____

NATURALIDADE: _____

RUA: _____ BAIRRO _____

Nº: _____ COMPLEMENTO: _____ CEP: _____-____

TELEFONE (____) _____

PARENTESCO: _____

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE

DIGITAL

SENHOR(A) SECRETÁRIO(A),

Venho à presença de V.Sra., requerer a concessão do Passe Livre do Governo Municipal, PARA O ACOMPANHANTE, nos termos da Lei do Passe Livre e respectivo Decreto, para fins de isenção tarifária no sistema de transporte coletivo urbano de passageiros.

Afirmo, sob as penas da lei, que as afirmações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade e que o beneficiário necessita de acompanhante.

Nestes termos, peço deferimento.

() DEFERIDO () INDEFERIDO

DATA: ____/____/____

SECRETARIO DE ESPORTES E DESENVOLVIMENTO SOCIAL



ANEXO V

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

IDENTIDADE: _____ CPF: _____

Declaro, sob as penas da lei, que para obter a concessão do benefício da gratuidade no Transporte Coletivo Municipal de Bento Gonçalves, na qualidade de pessoa com deficiência, **(CARTÃO VINO BENEFÍCIO)**, o qual é intransferível, fiz a entrega para a empresa municipal responsável pela bilhetagem eletrônica do(s) comprovante(s) de rendimento(s) abaixo relacionado(s) comprovando que meus rendimentos são inferiores a 2 (dois) salários mínimos mensais.

Declaro, ainda, que a receita constante no(s) referido(s) comprovante(s) representa(m) a totalidade de meus rendimentos, não dispondo de outra(s) receita(s) mensal para a minha manutenção.

Fico ciente e advertido de que se estiver faltando com a verdade, omitindo ou alterando fatos, sem prejuízo do reembolso do valor das passagens, poderei responder criminalmente pelo crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do CPB, assim capitulado:

Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Relação das fontes pagadoras e rendimentos:

FONTE PAGADORA	VALOR BRUTO

Bento Gonçalves, ____/____/____

ASSINATURA DECLARANTE



ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE RENDA

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

IDENTIDADE: _____ CPF: _____

Declaro, sob as penas da lei, que para obter a concessão do benefício da gratuidade no Transporte Coletivo Municipal de Bento Gonçalves, na qualidade de pessoa com deficiência, não possuo qualquer tipo de renda mensal para minha manutenção.

Fico ciente e advertido de que se estiver faltando com a verdade, omitindo ou alterando fatos, sem prejuízo do reembolso do valor das passagens, poderei responder criminalmente pelo crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do CPB, assim capitulado:

Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Bento Gonçalves, ____/____/____

ASSINATURA DEFICIENTE OU RESPONSÁVEL



ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE INTERNAÇÃO

EU _____, INSCRITO (A) NO CPF _____, RESIDENTE E DOMICILIADO _____, NESTA CIDADE, ACOMPANHANTE DO DEFICIENTE _____ INSCRITO NO CPF _____, DECLARO PARA TODOS OS DEVIDOS FINS QUE O DEFICIENTE EM QUESTÃO ENCONTRA-SE HOSPITALIZADO, PELO PERÍODO DE ____ DIAS, CONFORME LEI DO PASSE LIVRE MUNICIPAL. DESSA FORMA SOLICITO A AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR O PASSE LIVRE MUNICIPAL SEM A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

BENTO GONÇALVES, ____ DE _____ DE ____.

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE



AUTORIZAÇÃO

A CAISPEDE, BASEADA NA LEI MUNICIPAL DO PASSE LIVRE URBANO, CONCEDE ESTA AUTORIZAÇÃO À _____, INSCRITO NO CPF _____ PARA UTILIZAR O TRANSPORTE SEM A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

VALIDADE: ____/____/____

CARIMBO E ASS. CAISPEDE