

Lista de documentos – Pessoa Idosa e/ou Pessoa com Deficiência **Passe Livre (Gratuidade de Passagem)**

❖ Você que busca atendimento, deve trazer:

- ☐ Sua Carteira de Identidade e CPF
- ☐ Seu Comprovante de endereço atualizado, com CEP (com data dos 3 últimos meses — trazer apenas um)
- ☐ Seu comprovante de renda (“Folha Resumo” do CadÚnico válido ou contracheque e Carteira de Trabalho – CTPS) ¹
- ☐ Carteira do Passe Livre
- ☐ Relatório Médico / Relatório de Avaliação para o Passe Livre - Resultado da perícia
- ☐ Relatório médico ATUALIZADO e detalhado, contendo:
 - () nome da doença, CID, histórico e prognóstico do caso, tipo e grau de deficiência que a doença provoca, mencionando expressamente a deficiência (física, intelectual, mental, múltipla ou sensorial) e o fato de ser permanente
 - () Relatório Médico contendo informação de que o beneficiário é dependente e necessita estar acompanhado para a utilização de transporte, se for o caso
 - () Outros documentos que comprovem a deficiência, tais como: outras carteiras de passe-livre, comprovante de recebimento do BPC, dentre outros
 - () Indicar quantas passagens diárias são utilizadas e o valor de cada passagem
 - () Comprovante da negativa de concessão do Passe Livre

¹ **CTPS** digital impressa ou física, caso não tenha a digital. Trazer cópia das páginas com foto, dados, último contrato e página seguinte em branco.

Atenção:

Novos documentos podem ser solicitados

BREVE RESUMO DO CASO:

(O que aconteceu e o que você precisa.)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal green ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

_____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura da pessoa assistida

PARTE CONTRÁRIA, se existir:

Nome completo: _____

Rua: _____ Nº/apto: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ - Estado: _____

CEP: _____

Telephone: _____ E-mail: _____

CPF: _____ Estado Civil: _____

Profissão:

**DPMG**

DEFENSORIA PÚBLICA DE MINAS GERAIS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

O (a) abaixo assinado (a)

(nacionalidade, estado civil e profissão)

CPF _____ RG nº. _____,

para defesa de seus direitos, solicita à DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, Assistência Jurídica Integral e Gratuita.

Nestes termos declara, para todos os fins de direito e nos termos da lei, que não possui condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo de seu sustento ou de sua família.

Na oportunidade foi expressamente advertido de que a falsidade desta declaração poderá acarretar-lhe sanções de natureza administrativa, cível e criminal, em especial o crime de falsidade ideológica, bem como o pagamento do décuplo das custas não recolhidas (Lei 1.060/50, art. 4º, § 1º).

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura

**DPMG**

DEFENSORIA PÚBLICA DE MINAS GERAIS

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Nome completo: _____

CPF: _____

- Profissão _____ () empregado () desempregado () autônomo
- Renda individual: R\$ _____
- Número de membros da entidade familiar _____ Renda Familiar: R\$ _____
- Renda mensal dos outros membros da entidade familiar (Nome/ Parentesco/ Renda)
1) _____
2) _____
3) _____
- Imóveis residenciais () Sim () Não. Quantos? _____ Valor R\$ _____
- Imóveis comerciais () Sim () Não. Quantos? _____ Valor R\$ _____
- Imóveis alugados? () Sim () Não. Quantos? _____ Valor do aluguel R\$ _____
- Automóveis? () Sim () Não. Marca/Modelo/Ano _____ Valor R\$ _____
- Outros bens: () Sim () Não. Qual? _____ Valor R\$ _____
- Financiamento de bens? () Sim () Não Qual? _____
Quantas prestações _____ Prestações pagas _____ Valor da parcela _____

DESPESAS:

- Pensão alimentícia? () Sim () Não. Valor R\$ _____
- Plano de saúde? () Sim () Não. Valor R\$ _____ Qual? _____
- Benefício previdenciário? () Sim () Não. Valor R\$ _____
- Imposto de renda? () Sim () Isento Valor R\$ _____
- Cartão de crédito? () Sim () Não. Valor (média dos últimos 3 meses) R\$ _____
- Aluguéis? () Sim () Não. Valor R\$ _____
- Mensalidade escolar? () Sim () Não. Quantas? _____ Valor R\$ _____

() **Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiras as informações acima prestadas, estando ciente de que a falsidade desta declaração pode acarretar sanções de natureza administrativa, cível e criminal, em especial o crime de falsidade ideológica.**

() Estou ciente que minha situação econômico-financeira poderá ser reavaliada a qualquer tempo.

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura