



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – CMDPD

REQUERIMENTO DE PASSE LIVRE CULTURAL

Nome: _____ Sexo: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Natural de: _____

Doc. Identidade: _____ Data da emissão: _____ Órgão Emissor: _____

CPF Nº: _____ Profissão: _____

Endereço:(Av., rua, travessa, etc.) _____

Nº: _____ Bairro: _____

Município: _____ CEP: _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

OBS.: ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS: (Fotocópia da Carteira de Identidade; 01 foto 3x4; Laudo Médico(anexo) com CID; Comprovante de Residência)

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CMDPD,

Venho requerer a concessão do Passe Livre Cultural nos termos da Lei Municipal nº 6.605 de 16/12/2020, regulamentada pelo Decreto nº 10.488 de 04/10/2024, para fins de gratuidade em eventos socioculturais em locais públicos e privados, realizados no município de Cuiabá-MT. Para tanto declaro:

Afirmo sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade. Nos termos, peço deferimento.

Cuiabá, _____.

Assinatura do Requerente ou do Responsável

Uso da Diretoria

() Deferido

() Indeferido

Obs.: _____



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – CMDPD

LAUDO MÉDICO

Requerente: _____

Local do Exame/Consulta: _____ Data: ____/____/____

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CID- 10

DIREITO DE ACOMPANHANTE? () Sim

Não ()

Relatório Médico

Médico

Assistente Social

