



Protocolo Nº _____

Em _____ / _____ / _____

Protocolista

**BENEFÍCIO DA GRATUIDADE TRANSPORTE COLETIVO DE ARAPONGAS, conforme Lei nº 5.102/2022
CÂNCER/TEA/DEFICIENTES, conforme anexo único da LEI Nº 5.102/2022/GESTANTES**

REQUERIMENTO

1. DO BENEFICIÁRIO(A)

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO(A):

Nome do beneficiário: _____

Sexo: _____ DN: ____/____/____ Telefone: () _____ CPF: _____

RG: _____ Data da Emissão: ____/____/____ Órgão Emissor: _____ Estado: _____

Endereço: _____ nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

(ANEXAR CÓPIA RG, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA)

1.2 REQUISITOS

- Pessoas com Câncer
- Transtorno do Espectro Autista - TEA
- Gestantes
- Deficientes, conforme Lei nº 5.102/2022

Beneficiário(a) ou Responsável

2. DO SETOR DE PROTOCOLO (USO RESTRITO)

- Apresentou **cópia RG, CPF e comprovante de residência do(a) BENEFICIÁRIO(A)**
- Apresentou **Laudo Médico (padrão), assinado (item 2.3)**, para requerimento do Benefício da Gratuidade do Transporte Coletivo de Arapongas
- Apresentou **cópia de exame(s) combrotorio(s)** da patologia atestada **(de qualquer data)** (item 2.1.2), **quando aplicável.**
- Apresentou **cópia de laudos médico(s) especialista(s) complementare(s) (de qualquer data)** (item 2.1.2), **quando aplicável.**
- Se gestante, apresentou **cópia** Caderneta de Gestante e/ou Laudo de Ultrassom (item 2.2)

Protocolista