



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – CMDPD

REQUERIMENTO DE PASSE LIVRE CULTURAL

Nome \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data Nasc. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_

Doc Intendente. Nº \_\_\_\_\_ Data da emissão \_\_\_\_\_ Órgão Emissor / Estado \_\_\_\_\_

CPF Nº \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

OBS. (Anexar cópia dos documentos: Fotocópia da carteira de identidade; 01 foto 3x4; laudo médico (anexo) com CID; e 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 Nº 5.634/2013, e do Decreto 4919/2010, para fins de gratuidade em eventos sócio-culturais em locais públicos e privados, realizados no município de Cuiabá. 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 de seu Responsável

**Uso da Diretoria:**

( ) Deferido

( ) Indeferido

Obs: \_\_\_\_\_



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – CMDPD

LAÚDO MÉDICO

Requerente: \_\_\_\_\_

Local Exame/Consulta: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TIPO DE DIFICIÊNCIA	CID-10

DIREITO A ACOMPANHANTE?    ( ) Sim                      ( ) Não

**Relatório Médico**

\_\_\_\_\_  
Médico

\_\_\_\_\_  
Assistente Social