

## RECONSIDERAÇÃO DE ATO

### BILHETE ÚNICO ESPECIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

data de entrega:

número do protocolo:

#### 1. DADOS DO SOLICITANTE:

Nome:		
RG/RNE:	Expedidor:	Emissão :
CPF:	Data de Nascimento:	
Nome da mãe:		
Endereço:		Número:
Complemento:	CEP:	Telefone:
Bairro:	Município:	Celular:

#### 2. REAVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DO “BILHETE ÚNICO ESPECIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA”:

Eu, portador do Documento de Identificação descrito acima, diante do indeferimento da solicitação do “Bilhete Único Especial - Pessoa com Deficiência” solicito a reavaliação da documentação por mim apresentada.

##### JUSTIFICATIVA

##### Observação:

É crime, previsto pelo Código Penal:

**Artigo 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 a 5 anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 a 3 anos, e multa, se o documento é particular.

**Parágrafo único** - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Se necessário, concordo em ser submetido à AUDITORIA MÉDICA.

Estou ciente de que a solicitação de RECONSIDERAÇÃO DE ATO, não é garantia de concessão do benefício.

São Paulo

Assinatura do solicitante