

|                                                                                                                              |                                               |                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Empresa Berrelhas de Camionagem, Lda.<br><br>Sede: Viseu<br>Tel: 232 470 500<br>Email: geral@berrelhas.pt<br>NIF 500 095 884 | <b>Requerimento de<br/>Passe - Circula PT</b> | <br><b>BERRELHAS</b> |
| PASSE N.º                                                                                                                    |                                               |                                                                                                        |

IDENTIFICAÇÃO DO OPERADOR

Empresa Berrelhas de Camionagem, Lda

IDENTIFICAÇÃO DA AM/CIM

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO - NOME COMPLETO

|                           |                            |                    |
|---------------------------|----------------------------|--------------------|
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL | Nº DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL | DATA DE NASCIMENTO |
|---------------------------|----------------------------|--------------------|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|        |               |
|--------|---------------|
| MORADA | CÓDIGO POSTAL |
|--------|---------------|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|          |
|----------|
| CONTACTO |
|----------|

|  |
|--|
|  |
|--|

|        |         |      |
|--------|---------|------|
| ORIGEM | DESTINO | ZONA |
|--------|---------|------|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

ESCALÃO ATRIBUIDO (ASSINALR COM (X) A OPÇÃO SOLICITADA)

SÃO ELEGÍVEIS PARA O ESCALÃO A DO CIRCULA PT OS CIDADÃOS:

|                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|
| BENEFICIÁRIO DO COMPLEMENTO SOLIDÁRIO PARA IDOSOS - (VÁLIDO POR 12 MESES) |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|
| BENEFICIÁRIO DO RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO - (VÁLIDO POR 12 MESES) |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| COM DEFICIÊNCIA, COM UM GRAU DE INCAPACIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 60%, CERTIFICADA POR ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIÚSOS (AMIM) - (VÁLIDO POR 12 MESES OU 5 ANOS NO CASO DE AMIM VITALICIO) |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

SÃO ELEGÍVEIS PARA O ESCALÃO B DO CIRCULA PT OS CIDADÃOS:

|                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| REFORMADOS E PENSIONISTAS CUJO VALOR MENSAL DO TOTAL DE REFORMAS, PENSÕES E COMPLEMENTOS DE PENSÃO AUFERIDOS SEJA IGUAL OU INFERIOR A 1,2 VEZES O VALOR DO INDEXANTE DE APOIOS SOCIAIS (IAS) (VÁLIDO POR 6 MESES) |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| BENEFICIÁRIOS DE SUBSÍDIO DE DESEMPREGO, DO SUBSÍDIO SOCIAL DE DESEMPREGO, APOIO SOCIAL, DO SUBSÍDIO POR CESSAÇÃO DE ATIVIDADE E DO SUBSÍDIO POR CESSAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL, COM MONTANTE MENSAL IGUAL OU INFERIOR A 1,2 VEZES O VALOR DO IAS E DESEMPREGADOS DE LONGA DURAÇÃO (VÁLIDO POR 6 MESES) |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| QUE INTEGREM AGREGADOS FAMILIARES CUJO RENDIMENTO MÉDIO MENSAL EQUIVALENTE SEJA IGUAL OU INFERIOR A 1,2 VEZES O VALOR DO IAS (VÁLIDO POR 6 MESES) |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**DOCUMENTAÇÃO A APRESENTAR COM O REQUERIMENTO**

ASSINALAR COM (X) OS DOCUMENTOS ORIGINAIS QUE FORAM EXIBIDOS/ENTREGUES NO ATO DA REQUISIÇÃO

APRESENTAÇÃO DO CARTÃO DE CIDADÃO OU OUTRO DOCUMENTO VÁLIDO EQUIVALENTE

FOTOGRAFIA ATUALIZADA

CÓPIA DA ÚLTIMA DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS DO REQUERENTE E RESPECTIVA NOTA DE LIQUIDAÇÃO

DECLARAÇÃO DAS ENTIDADES COMPETENTES QUE ATSTEM A DISPENSA DE APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS DOS SUJEITOS PASSIVOS DO AGREGADO FAMILIAR

DECLARAÇÃO DAS ENTIDADES COMPETENTES QUE ATSTEO NÚMERO DE ELEMENTOS DO AGRGADO FAMILIAR DO REQUERENTE E A RESPECTIVA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DAS PRESTAÇÕES SOCIAIS REFERIDAS NO ARTº 4, DE ACORDO COM O ESCALÃO CORRESPONDENTE E O RESPECTIVO MONTANTE DAQUELAS PRESTAÇÕES

CÓPIA DO ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIÚSOS

**CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO, DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E ASSINATURA DO REQUERENTE**

**CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO CARTÃO:** 1.º O CARTÃO É PESSOAL E INTRANSMISSÍVEL. QUANDO VÁLIDO PERMITE A UTILIZAÇÃO DE TODAS AS CARREIRAS PARA O PERCURSO E SERVIÇO INDICADOS NO CARTÃO. 2.º ESTE TÍTULO DE TRANSPORTE É VALIDADO NA MÁQUINA DE COBRANÇA. 3.º É OBRIGATÓRIA A APRESENTAÇÃO DESTE CARTÃO SEMPRE QUE SOLICITADO PELOS FISCALIS/AUDITORES DA BERRELHAS OU PELAS ENTIDADES OFICIAIS COMPETENTES. 4.º O UTILIZADOR DEVE APRESENTAR SEMPRE QUE SOLICITADO POR AGENTE DA BERRELHAS, O COMPROVATIVO DE "CARREGAMENTO" DESTE CARTÃO. 5.º O CARTÃO, NO SEU INTERIOR, POSSUI UM CHIP E UMA ANTENA. SE FOR DEFORMADO IRÁ PROVOCAR DANOS, QUE SERÃO DA RESPONSABILIDADE DO UTILIZADOR. 6.º A PERDA OU EXTRAVIO DO CARTÃO NÃO DÁ DIREITO A QUALQUER INDEMINIZAÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO. 7.º A UTILIZAÇÃO OU TENTATIVA DE UTILIZAÇÃO DESTE CARTÃO FORA DAS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO CONTRATO/REQUISIÇÃO QUE SERVIU DE BASE À SUA EMISSÃO, DÁ ORIGEM À IMEDIATA APREENSÃO DO CARTÃO, SEM PREJUÍZO DE EVENTUAL AÇÃO JUDICIAL. CASO CONTRÁRIO, SERÁ CONSIDERADO, PARA TODOS OS EFEITOS, COMO PASSAGEIRO SEM BILHETE. (N.º1 DO ART. 7.º DA LEI 28/2006 DE 4 DE JULHO). OS CARTÕES SÃO VÁLIDOS POR UM PERÍODO MÁXIMO DE 4 ANOS.

O DECLARANTE CONSENTE EXPRESSAMENTE A RECOLHA, TRATAMENTO, DETENÇÃO E ACESSO AOS SEUS DADOS PESSOAIS, POR PARTE DA EMPRESA BERRELHAS DE CAMIONAGEM, LDA., OS QUAIS SE DESTINAM EXCLUSIVAMENTE AO PROCESSAMENTO DO PASSE, PELO TEMPO EM QUE PERDURE ESTA RELAÇÃO CONTRATUAL. ESTES DADOS NÃO PODERÃO SER FACULTADOS OU DISPONIBILIZADOS A TERCEIROS, A NÃO SER PARA CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÕES LEGAIS OU QUALQUER OUTRA FINALIDADE PREVISTA NA LEI.

A EMPRESA RECONHECE E ACEITA A PROIBIÇÃO DE EFETUAR QUAISQUER REPRODUÇÕES, CÓPIAS, MODIFICAÇÕES, OU QUALQUER OUTRO TIPO DE CEDÊNCIA, GRATUITA OU ONEROSA, DE QUAISQUER ELEMENTOS CONSTANTES DESTES DADOS E DECLARA CUMPRIR E RESPEITAR OS PROCEDIMENTOS, POLÍTICAS, NORMAS OU REGULAMENTOS EM VIGOR EM CADA MOMENTO NO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO.

DECLARO SOB COMPROMISSO DE HONRA QUE AS INFORMAÇÕES QUE CONSTAM DESTE DOCUMENTO SÃO VERDADEIRAS, TOMANDO CONHECIMENTO DE QUE AS FALSAS DECLARAÇÕES / OMISSÕES IMPLICAM A ANULAÇÃO DO BENEFÍCIO, PARA ALÉM DAS SANÇÕES PREVISTAS NA LEI.

\_\_\_\_\_, EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(LOCAL E DATA)

(ASSINATURA DO REQUERENTE CONFORME O DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO)

RENOVAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VALIDADE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREGA DE DOCUMENTOS ☐

ASSINATURA DO REQUERENTE : \_\_\_\_\_

RENOVAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VALIDADE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREGA DE DOCUMENTOS ☐

ASSINATURA DO REQUERENTE : \_\_\_\_\_

RENOVAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VALIDADE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREGA DE DOCUMENTOS ☐

ASSINATURA DO REQUERENTE : \_\_\_\_\_

RENOVAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VALIDADE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREGA DE DOCUMENTOS ☐

ASSINATURA DO REQUERENTE : \_\_\_\_\_

RENOVAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VALIDADE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREGA DE DOCUMENTOS ☐

ASSINATURA DO REQUERENTE : \_\_\_\_\_

RENOVAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VALIDADE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREGA DE DOCUMENTOS ☐

ASSINATURA DO REQUERENTE : \_\_\_\_\_