



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO
SOCIAL

Praça dos Girassóis – Esplanadas das Secretarias, 77001-002 – Palmas/TO
Fones: (63) 3218-1900/1902 – Fax: (63) 3218-1990

FOTO (ATUAL)

ANEXAR COM

CLIPS

FOTO (ATUAL)

COLE AQUI

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DO IDOSO
TRANSPORTE INTERMUNICIPAL**

Lei Estadual nº. 2.001 de 17 de Dezembro de
2008. Instrução Normativa – SETAS - nº. 002 de 02 de
Março de 2009. Resolução – ATR - nº. 020 de 27 de
Fevereiro de 2009

CARTÃO DO IDOSO: () INSCRIÇÃO

() RENOVAÇÃO () 2ª VIA

Número do Cadastro: ____/____/20____.

*Município: _____ Estado: Tocantins

*Nome Completo: _____

*Data de Nascimento: ____/____/____ *CPF: _____

*RG.: _____ *Órgão Expedidor: _____ *Data Expedição: ____/____/____

Natural de _____ Estado: _____

*NIS: _____

*Endereço: _____

Telefone de contato: _____ *Valor da Renda Mensal: _____

*Campos Obrigatórios

**Pela presente, declaro serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando
ciente das penalidades no Código Penal Brasileiro, arts. 171 e 299.**

Digital

Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal

DECLARACAO

Declaro para os devidos fins junto a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social /SETAS, que as
Informações prestadas são verídicas e foram confirmadas.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

Município: _____ Data: ____/____/____

Ass. Secretário (a) Mun. Assistência Social

Ass. Técnico responsável pelo
cadastramento

Destaque e entregue ao beneficiário

**CARTÃO DO IDOSO – TRANSPORTE
INTERMUNICIPAL**

Protocolo de Cadastro N. ____/____/____ Data: ____/____/____

Município: _____ Estado: Tocantins

Responsável pelo Cadastro: _____

Tel: _____.