

ILUSTRÍSSIMO PRESIDENTE DA COMISSÃO JULGADORA DOS RECURSOS DO PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL DO ESTADO DA BAHIA.

Eu, _____, brasileiro (a),
estado civil _____, RG nº _____, CPF nº
_____, residente e domiciliado (a) na Rua
_____, nº

Bairro, _____ Cidade _____, Estado Bahia,
CEP: _____, Telefone () _____, Whatsapp ()
_____, E-mail _____ vem respeitosamente

à presença de Vossa Senhoria, interpor RECURSO ADMINISTRATIVO, contra decisão de
indeferimento do benefício do Passe Livre Intermunicipal, por motivo da não comprovação
da deficiência e/ou de carência.

O presente recurso acosta os seguintes documentos:-

_____, comprovando a
deficiência e/ou carência.

Solicito que o recurso administrativo seja recebido e posteriormente seja o
pedido reconsiderado, conforme o Art. 54, § 2 da Lei 12.209/11, bem como o Art. 7º, § 2º,
do Decreto nº 14.108 de 27 de agosto de 2012.

Diante do exposto, diante da prova documental apresentada no presente
Recurso, o qual cumpre os requisitos exigidos pela Lei 12.575/2012 e pelo Decreto
14.108/2012, alterado pelo decreto 16.388/2015, solicita que seja reanalisado o pedido,
com o consequente deferimento do benefício do Passe Livre Intermunicipal do Estado
Bahia, em favor do Requerente.

Nestes Termos.

Pede e espera deferimento.

Salvador, ____ de _____/_____.

Assinatura.
