



REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CIPTEA)



SECRETARIA
DE SAÚDE



PREFEITURA DE
POÁ
ESTÂNCIA HIDROMINERAL

RECONSTRUINDO
Nossa Cidade

Foto

CARTÃO Nº:

Solicito à Vossa Senhoria a emissão da **Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA)** destinada exclusivamente a pessoas com este Transtorno (TEA), conforme a Lei Federal nº 13.977, de 08 de janeiro de 2020 e Leis Municipais nº 4.122, de 12 de novembro de 2019 e nº 4.238, de 12 de julho de 2022.

DADOS DO REQUERENTE

Nome da pessoa com TEA:

Data de Nascimento:

Filiação:

Sexo: () Masculino () Feminino

RG Nº:

Órgão emissor:

UF:

CPF Nº:

Tipo sanguíneo RH:

Alfabetizado: () Sim () Não

Comunicação não verbal: () Sim () Não

Endereço:

Tefelone:

E-mail:

REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR DE IDADE, INCAPAZ OU PROCURADOR)

Nome do Representante Legal:

Data de Nascimento:

Sexo: () Masculino () Feminino

RG Nº:

Órgão emissor:

UF:

CPF Nº:

Endereço:

Tefelone:

E-mail:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Este formulário deve ser preenchido corretamente e assinado pelo beneficiário ou seu representante legal/cuidador, acompanhado dos seguintes documentos:

- Relatório ou Atestado médico **ORIGINAL**, com indicação do código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID).
- 2 fotos no formato 3 x 4 cm.
- Cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com TEA (**RG, CNH ou equivalente**) e do responsável direto (legal ou cuidador), acompanhado do original.
ATENÇÃO: Quando não possuir RG, poderá ser substituído pela cópia simples da certidão de nascimento, acompanhada do original.
- Cópia simples do Documento de Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e do responsável direto (legal ou cuidador), acompanhado do original. Obs: Salvo se o CPF constar no documento de identidade ou certidão de nascimento, fica dispensado da apresentação da cópia deste documento.
- Documento comprovador do tipo sanguíneo da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA).
- Cópia simples do comprovante de endereço residencial atualizado (até 3 meses) do beneficiário.
- Quando houver representante legal, deverá apresentar documento comprovante (procuração, tutela ou curatela).

Declaro sob as penas da lei que as informações acima prestadas são expressão da verdade e estão em conformidade com as disposições legais vigentes.

Digital

Poá, ____ / ____ / 20____

Assinatura da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
ou seu Representante legal

REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CIPTÉA)



SECRETARIA
DE SAÚDE



PREFEITURA DE
POÁ
ESTÂNCIA HIDROMINERAL



Nome do requerente: _____

Recebido por: _____

Data: ____ / ____ / ____

