



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA – PML
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Nº

REQUERIMENTO PARA CARTÃO

Solicito a Vossa Senhoria autorização para emissão de CARTÃO MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO para pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme Lei Federal Nº 12.764/2012 e Lei Municipal Nº 12.541/2017.

REQUERENTE

DATA DE NASC.

/ /

NOME DA PESSOA COM TEA

UF/RG

CPF

SEXO

MASC

FEM

RG

NÚMERO

E-MAIL

ENDEREÇO (RUA, AV., ETC.)

COMPLEMENTO

TELEFONE

CEP

BAIRRO

CIDADE

UF

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

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

DATA DE NASC.

/ /

SEXO

MASC

FEM

RG

UF/RG

CPF

E-MAIL

ENDEREÇO (RUA, AV., ETC.)

NÚMERO

COMPLEMENTO

TELEFONE

CEP

BAIRRO

CIDADE

UF

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- **Atestado Médico: Original ou cópia autenticada do Atestado Médico referente ao Transtorno do Espectro Autista emitido, no máximo, há 06 (seis) meses;**
- 2 Fotos 3 x 4.
- Este formulário, preenchido e assinado pela pessoa com TEA ou pelo seu representante legal, deve ser entregue juntamente com os documentos abaixo relacionados:
- Cópia simples de um documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com TEA (RG, CNH ou equivalente). Quando não possuir documento de identidade, cópia simples da Certidão de Nascimento;
- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física – CPF da pessoa com TEA, se o número não estiver no documento de identidade;
- Cópia simples do comprovante de residência, atual na cidade de Londrina em nome da pessoa com TEA;
- Quando for o caso, cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura (RG, CNH ou equivalente) e CPF do representante legal e cópia autenticada do documento comprovando que a pessoa é representante legal (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.

Londrina, de de 201__

Assinatura da pessoa com Transtorno do Espectro Autista

**PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA – PML
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

REQUERIMENTO DE CARTÃO

NOME DO REQUERENTE

RECEBIDO POR:

DATA