



**CIDADE DE  
CARAPICUÍBA**

### REQUERIMENTO PARA CARTÃO

Solicito à Vossa Senhoria autorização para emissão de Cartão Municipal de Identificação para pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme Decreto Nº 5.113, de 22 de Abril de 2021.

REQUERENTE	LOCAL NASC	DATA NASC		
_____	_____	__/__/____		
SEXO: <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MASC TIPO SANGUÍNEO: _____	RG: _____	CPF: _____		
FILIAÇÃO	PAI:			
MÃE: _____	_____			
ENDEREÇO	Nº	BAIRRO	CIDADE	UF
_____	_____	_____	_____	_____
COMPLEMENTO			CEP	
_____			_____	
E-MAIL		TELEFONE		
_____		_____		
ESCOLA			SÉRIE	
_____			_____	

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

NOME DO RESPONSÁVEL	DATA NASC			
_____	__/__/____			
SEXO: <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MASC	RG: _____	CPF: _____		
ENDEREÇO	Nº	BAIRRO	CIDADE	UF
_____	_____	_____	_____	_____
COMPLEMENTO			CEP	
_____			_____	
E-MAIL		TELEFONE		
_____		_____		

#### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

ESTE FORMULÁRIO, PREENCHIDO E ASSINADO PELA PESSOA COM TEA OU PELO SEU REPRESENTANTE LEGAL, DEVE SER ENTREGUE JUNTAMENTE COM OS DOCUMENTOS ABAIXO RELACIONADOS:

- 1 - RELATÓRIO MÉDICO CONFIRMANDO O DIAGNÓSTICO COM CID 10 F84
- 2 - CÓPIA SIMPLES E ORIGINAIS DE SEUS DOCUMENTOS PESSOAIS, BEM COMO DE SEUS PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS (CERTIDÃO DE NASCIMENTO, CARTEIRA DE IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO)
- 3 - FOTO EM FORMATO 3CM X 4 CM

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO EXPRESSÃO DA VERDADE E ESTÃO EM CONFORMIDADE COM AS DISPOSIÇÕES LEGAIS VIGENTES.

CARAPICUÍBA, DE \_\_\_\_\_ DE 202\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA