

# REQUERIMENTO DO CORDÃO DE GIRASSOL E CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DE DEFICIÊNCIAS OCULTAS

 <p>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE <b>ITAPEVERICA DA SERRA</b></p> 		<b>FOTO</b>
<b>CARTÃO N:</b>	<b>CADASTRO ÚNICO:</b>	
Solicito à Vossa Senhoria a disponibilização do <b>Cordão de Girassol</b> conforme dispõe a <b>Lei Municipal nº3.041, DE 24 DE JANEIRO DE 2024</b> e <b>Decreto Regulamentador nº3.653, DE 12 DE ABRIL DE 2024</b> , bem como o cartão municipal para comprovação da deficiência.		

<b>DADOS DO REQUERENTE</b>		
Nome da Pessoa com deficiência não visível:		
Data de Nascimento:		
Filiação:		
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino		
RG nº	Órgão Emissor:	UF:
CPF °		
Tipo sanguíneo:		
Alfabetizado: ( ) Sim ( ) Não	CID:	
Endereço:		
Telefone da Pessoa com Deficiência não Visível:		
E-mail da Pessoa com Deficiência não Visível:		

**DADOS DO 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 °

Endereço:

Telefone:

E-mail:

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

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

- RG e CPF da Pessoa com Deficiência não Visível;
- RG e CPF do Responsável;
- Fotografia recente no formato 3 (três) centímetros (cm) x 4 (quatro) centímetros (cm);
- Laudo Médico. O Laudo deve conter os dados do paciente, a Classificação Internacional da deficiência oculta e Problemas Relacionados a Saúde (CID) e assinatura e carimbo de identificação com CRM do médico responsável (ORIGINAL);
- Exame de Tipo Sanguíneo;
- Comprovante de residência atualizado de Itapecerica da Serra e número de telefone atualizado.

**ATENÇÃO:** Quando não possuir RG, poderá ser substituído pela cópia simples da certidão de nascimento, acompanhada do original.

**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.

**Itapecerica da Serra, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_**

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

	Retirar no dia:
	Cadastro Único - Central: ( )
	Cadastro Único - Jardim Jacira: ( )
	Cadastro Único - Valo Velho: ( )
Nome do Requerente:	
Recebido por:	Data: