

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

		FOTO
CARTÃO N:	CADASTRO ÚNICO:	
Solicito à Vossa Senhoria a disponibilização do Cordão de Girassol conforme dispõe a Lei Municipal nº3.041, DE 24 DE JANEIRO DE 2024 e Decreto Regulamentador nº3.653, DE 12 DE ABRIL DE 2024 , bem como o cartão municipal para comprovação da deficiência.		

DADOS DO REQUERENTE		
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 Itapeverica 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.

Itapeverica 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: