




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

  		FOTO
CARTÃO N:	CADASTRO ÚNICO:	
Solicito à Vossa Senhoria a emissão da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Autista (CIPTEA) destinada exclusivamente a pessoas com este Transtorno (TEA), conforme a Lei Federal de nº 13.977, de 08 de janeiro de 2020 e Lei Municipal de nº 2.818/20 e Decreto nº 3.441/22.		

DADOS DO REQUERENTE		
Nome da Pessoa com TEA:		
Data de Nascimento:		
Filiação:		
Sexo: () Masculino () Feminino		
RG nº	Órgão Emissor:	UF:
CPF °		
Tipo sanguíneo:		
Alfabetizado: () Sim () Não	Comunicação não verbal: () Sim () Não	
Endereço:		
Telefone da Pessoa com TEA:		
E-mail da Pessoa com TEA:		

**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 do Autista;
- 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 de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID) e assinatura e carimbo de identificação com CRM do médico responsável (ORIGINAL).
- Exame de Tipo Sanguíneo
- Comprovante de Endereço 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.

Itapeacerica da Serra, ____ / ____ / 20____

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

<div>SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E RELAÇÕES DO TRABALHO</div>  <div>PREFEITURA ITAPECERICA DA SERRA</div> 	Retirar no dia:
	Cadastro Único - Central: ()
	Cadastro Único - Jardim Jacira: ()
Nome do Requerente:	
Recebido por:	Data: