

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

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

## 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.

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: ( )
Nome do Requerente:	
Recebido por:	Data: