



**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPUAVA – PGM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

REQUERIMENTO PARA CARTÃO

foto 3x4

Solicito a Vossa Senhoria autorização para emissão de CARTÃO MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO para pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme Lei Federal Nº 12.764/2012 e Lei Municipal Nº 2947/2019.

REQUERENTE			DATA DE NASC. / /	
NOME DA PESSOA COM TEA			LF/RG	CPF
SEXO MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	RG	NÚMERO	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV., ETC.)		COMPLEMENTO		TELEFONE
CEP	BAIRRO	CIDADE		UF

REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR DE IDADE, INCAPAZ OU PROCURADOR)				
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL			DATA DE NASC. / /	
SEXO MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	RG	NÚMERO	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV., ETC.)		COMPLEMENTO		TELEFONE
CEP	BAIRRO	CIDADE		UF

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. Atestado Médico: Original ou cópia autenticada do Atestado Médico referente ao Transtorno do Espectro Autista emitido, no máximo, hpa 24 (vinte e quatro) meses;
- 2.2 Fotos 3x4;
3. Este formulário, preenchido e assinado pela pessoa com TEA ou pelo seu representante legal, deve ser entregue justamente com os documentos abaixo relacionados:
4. Cópia simples de um documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com TEA (RG, CNH ou equivalente). Quando não possuir documento de identidade, cópia simples da Certidão de Nascimento;
5. Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física – CPF da pessoa com TEA, se o número não estiver no documento de identidade; e Cópia simples da carteirinha do SUS;
6. Cópia simples do comprovante de residência atual na cidade de Guarapuava;
7. Cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura (RG, CNH ou equivalente) e CPF do representante legal e cópia do documento comprovando que a pessoa é representante legal (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.

Guarapuava, de _____ de 201__ _____

Assinatura da pessoa com Transtorno do Espectro Autista

**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPUAVA – PMG
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

REQUERIMENTO DE CARTÃO
Número: _____

Nome do requerente: