

REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

 	Foto
CARTÃO N°:	CRAS:
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 nº 13.977, de 08 de janeiro de 2020 e Lei Municipal nº 5.090 de 10 de novembro de 2020.	

1 DADOS DO REQUERENTE

Nome da pessoa com TEA:		
Data de Nascimento:		
Filiação: Genitor		
Genitora		
Sexo: () Masculino () Feminino		
RG N°:	Órgão emissor:	UF:
CPF N°:		
Tipo sanguíneo RH:		
Alfabetizado: () Sim () Não	Comunicação não verbal: () Sim () Não	
Endereço:		
Telefone:		
E-mail:		

2 REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR DE IDADE, INCAPAZ OU PROCURADOR)

Nome do Representante Legal:		
Data de Nascimento:		
Sexo: () Masculino () Feminino		
RG N°:	Órgão emissor:	UF:
CPF N°:		
Endereço:		
Telefone:		
E-mail:		

3 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

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

- Relatório ou Atestado médico **ORIGINAL**, com indicação do código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID).
- 2 fotos no formato 3 x 4 cm
- Cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com TEA (**RG, CNH ou equivalente**) e do responsável direto (legal ou cuidador), acompanhado do original. **ATENÇÃO:** Quando não possuir RG, poderá ser substituído pela cópia simples da certidão de nascimento, acompanhada do original.
- Cópia simples do Documento de Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e do responsável direto (legal ou cuidador), acompanhado do original. **Obs:** Salvo se o CPF constar no documento de identidade ou certidão de nascimento, fica dispensado da apresentação da cópia deste documento.
- Documento comprovador do tipo sanguíneo da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)
- Cópia simples do comprovante de endereço residencial atualizado (até 3 meses) do beneficiário
- 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.

Osasco, ____ / ____ / 20____

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



CRAS: _____

Retirar após dia ____ / ____ / ____



Nome do requerente: _____

Recebido por: _____

Data: ____ / ____ / ____