



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA – PML  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Nº \_\_\_\_\_

**REQUERIMENTO PARA CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE FIBROMIALGIA/LÚPUS**

Solicito a Vossa Senhoria autorização para emissão de CARTÃO MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO para pessoas com Fibromialgia ou Lúpus, conforme Lei Municipal Nº 13.599 de 18 junho de 2023.

NOME DA PESSOA COM FIBROMIALGIA OU LUPUS		<b>REQUERENTE</b>		DATA DE NASC. / /	
		UF/RG	CPF		
SEXO MASC FEM	RG		NÚMERO	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV., ETC.)			COMPLEMENTO	TELEFONE	
CEP	BAIRRO	CIDADE		UF	

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

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- **Atestado Médico: Original ou cópia autenticada do Atestado Médico sobre a fibromialgia ou lúpus emitido, no máximo, há 12 (doze) meses;**
- 2 Fotos 3 x 4.
- Este formulário, preenchido e assinado pela pessoa com fibromialgia ou lúpus ou pelo seu representante legal, deve ser entregue juntamente com os documentos abaixo relacionados:
- Cópia simples de um documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com fibromialgia ou lúpus (RG, CNH ou equivalente). Quando não possuir documento de identidade, cópia simples da Certidão de Nascimento;
- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física – CPF da pessoa com fibromialgia ou lúpus, se o número não estiver no documento de identidade;
- Cópia Simples da carteirinha do SUS;
- Cópia simples do comprovante de residência atual na cidade de Londrina em nome da pessoa com fibromialgia ou lúpus;
- Quando for o caso, 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.

Londrina, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Assinatura do requerente do cartão

**PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA – PML  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**REQUERIMENTO DE CARTÃO**

NOME DO REQUERENTE	
RECEBIDO POR:	DATA