



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

Nº

**REQUERIMENTO PARA CARTÃO**

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 12.541/2017.

**REQUERENTE**

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

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

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

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- **Atestado Médico: Original do Atestado Médico referente ao Transtorno do Espectro Autista;**
- 2 Fotos 3 x 4.
- Este formulário, preenchido e assinado pela pessoa com TEA 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 TEA (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 TEA com comprometimento de mobilidade, se o número não estiver no documento de identidade;
- Cópia simples do comprovante de residência, atual na cidade de Londrina em nome da pessoa com TEA com comprometimento de mobilidade;
- 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 autenticada 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 202\_\_

Assinatura da pessoa com Transtorno do Espectro Autista

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

**REQUERIMENTO DE CARTÃO**

NOME DO REQUERENTE	
RECEBIDO POR:	DATA