



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

DATA DE NASC.

NOME DA PESSOA COM TEA

UF/RG

CPF

SEXO

MASC  FEM

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  FEM

RG

UF/RG

CPF

E-MAIL

ENDEREÇO (RUA, AV., ETC.)

NÚMERO

COMPLEMENTO

TELEFONE

CEP

BAIRRO

CIDADE

UF

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Este formulário deverá ser preenchido e assinado pela pessoa com TEA ou pelo seu representante legal e entregue juntamente com os documentos abaixo relacionados:

- Atestado médico original com referência ao Transtorno do Espectro Autista e CID constando código do autismo;
- Duas fotos 3 x 4.
- Cópia simples de um documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com TEA como RG, CNH ou equivalente. Caso o autista não tiver estes documentos trazer uma cópia simples da Certidão de Nascimento;
- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física – CPF da pessoa com TEA com comprometimento de mobilidade, caso 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;

**Representante Legal:**

Quando for o caso, cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura como 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