

DATA DO RECEBIMENTO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



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

Nº

**REQUERIMENTO PARA CARTÃO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

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.

NOME DA PESSOA COM TEA

DATA DE NASCIMENTO  
/ /

SEXO  
 MASC  FEM

RG

UF/RG

CPF

E-MAIL

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

TEL./CEL.

CEP

BAIRRO

CIDADE

UF

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL PARA MENOR DE IDADE, INCAPAZ, PROCURADOR, TUTOR OU CURADOR

DATA DE NASCIMENTO  
/ /

SEXO  
 MASC  FEM

RG

UF/RG

CPF

E-MAIL

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

TEL./CEL.

CEP

BAIRRO

CIDADE

UF

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

Este formulário deverá ser preenchido e assinado pela pessoa responsável por todas as informações contidas e entregue juntamente com os documentos abaixo relacionados:

- Atestado médico **original** emitido preferencialmente por um **Psiquiatra ou Neurologista com RQE (Especialista)**. Deverá conter a referência ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o CID codificado de autismo;
- Duas fotos 3 x 4.
- Cópia simples de um documento de identidade oficial com foto como RG, CNH, Passaporte ou equivalente. Na falta destes trazer uma cópia simples da Certidão de Nascimento/Casamento;
- Cópia simples do comprovante de residência atual (Água, Luz, Tel/Cel, Tv, Gás) da cidade de Londrina;

**Representante Legal:**

Quando for o caso, cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura como RG, CNH, PASSAPORTE ou equivalente e o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). Caso o **Representante Legal** tiver uma procuração, tutela ou curatela trazer uma cópia autenticada da documentação.

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 \_\_\_\_\_

Assinatura

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

**REQUERIMENTO DE CARTÃO**

NOME DO REQUERENTE

RECEBIDO POR:

DATA

**OBS: O tempo de confecção do cartão TEA é de 45 dias úteis conforme Carta de Serviços.**