



**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.

1ª Via _____ 2ª Via _____ Motivo: _____

REQUERENTE

NOME DA PESSOA COM TEA _____

DATA DE NASCIMENTO
/ /

SEXO
 MASC 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 NASCIMENTO
/ /

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:

- a) **Atestado médico original com referência ao Transtorno do Espectro Autista e CID constando código do autismo;**
- b) Duas fotos 3 x 4.
- c) 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;
- d) 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;
- e) 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 _____

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 _____