**ANEXO I- REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA (CIA)**

Espaço reservado para foto 3x4

**CARTÃO Nº**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Solicito a Vossa Senhoria a emissão de CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA (CIA) para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme Lei Federal nº 12.764/2012 e Lei Municipal nº 3.326/2019. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **DADOS DA PESSOA COM TEA:** | | |
| **NOME:** | |  |
| **DATA NASCIMENTO:** | |  |
| **FILIAÇÃO:** | **GENITOR:** |  |
| **GENITORA:** |  |
| **SEXO:** | | **( ) MASCULINO ( ) FEMININO** |
| **RG SOB Nº:** | |  |
| **ÓRGÃO EMISSOR/UF:** | |  |
| **CPF Nº:** | |  |
| **CARTÃO SUS Nº:** | |  |
| **E-MAIL:** | |  |
| **ENDEREÇO COMPLETO:** | |  |
| **TELEFONES:** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL:** | |
| **NOME:** |  |
| **DATA NASCIMENTO:** |  |
| **SEXO:** | **( ) MASCULINO ( ) FEMININO** |
| **RG SOB Nº:** |  |
| **ÓRGÃO EMISSOR/UF:** |  |
| **CPF Nº:** |  |
| **E-MAIL:** |  |
| **ENDEREÇO COMPLETO:** |  |
| **TELEFONES:** |  |
| 1. **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS - Juntar a este requerimento preenchido e assinado:** | |
| **Do Requerente (Pessoa com TEA – Transtorno do Espectro Autista):**   * Atestado/Laudo Médico Original que comprove o Transtorno do Espectro Autista emitido no máximo há 06 (seis) meses (Modelo Anexo II); * 1 foto 3X4; * Documento de identidade oficial com foto e assinatura (RG, CNH ou equivalente) * Certidão de Nascimento, quando não possuir documento de identidade. * Cadastro de Pessoa Física (CPF), se o número não constar no documento de identidade; * Cartão do SUS; * Comprovante de endereço atualizado (30 dias).   **Do Representante Legal (quando houver):**   * Documento de identidade com foto e assinatura (RG, CNH ou equivalente) * Cadastro de Pessoa Física (CPF), se o número não constar no documento de identidade. | |

|  |
| --- |
| Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade e estão em conformidade com as disposições legais vigentes.  Santa Cruz do Rio Pardo/SP, ....... de .................de 20......  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Assinatura da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista  ou seu Representante legal |

|  |
| --- |
| **CARTÃO Nº**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO REQUERENTE:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RECEBIDO POR:** |  | **DATA:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |