



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VALÉRIO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ANEXO ÚNICO – REQUERIMENTO PARA A CIPTEA

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial de expedição da **Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - CIPTEA**, conforme prevê a Lei Federal nº 13.977, de 08 de janeiro de 2020.

IDENTIFICAÇÃO DO (A) REQUERENTE

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|-----------------|-----------|
| NOME: | | DATA DE NASCIMENTO: | | |
| FILIAÇÃO: | | CPF: | TIPO SANGUÍNEO: | |
| SEXO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM | RG: | UF/RG: | EMAIL: | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, AVENIDA, ETC): | | NÚMERO: | COMPLEMENTO: | TELEFONE: |
| CEP: | BAIRRO: | CIDADE: | | UF: |

IDENTIFICAÇÃO DO (A) RESPONSÁVEL LEGAL OU DO (A) CUIDADOR (A)

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|--------------|-----------|
| NOME: PARENTESCO: | | DATA DE NASCIMENTO: | | |
| RG: | UF/RG: | CPF: | | |
| PARENTESCO COM O REQUERENTE: <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> AVÔ/AVÓ <input type="checkbox"/> OUTRO : _____ | | | | |
| SEXO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM | EMAIL: | | | |
| ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC): | | NÚMERO: | COMPLEMENTO: | TELEFONE: |
| CEP: | BAIRRO: | CIDADE: | | UF: |



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VALÉRIO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Para o Requerimento inicial e Renovação:

- carteira de identidade civil, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), comprovante de residência e número de telefone do identificado;
- fotografia 3 x 4 recente do identificado;
- exame de tipo sanguíneo do identificado;
- carteira de identidade civil, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), comprovante de residência, número de telefone e e-mail do responsável legal ou do cuidador;
- laudo médico contendo os dados do paciente, a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e assinatura e carimbo de identificação com CRM do médico responsável.

Solicitação:

Inicial

Renovação

Cancelamento

Substituição (dentro do prazo de validade) por motivo de:

() Perda

() Furto

() Roubo

() Dano

Apresentar Cópia do Boletim de Ocorrência nos casos de perda, furto ou roubo.

Observação:

No caso de dano, a entrega da CIPTEA será efetivada mediante apresentação da anterior danificada.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade e estão em conformidade com as disposições legais vigentes.

Vila Valério, ____ de _____ de 20__

Assinatura do (a)



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VALÉRIO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

requerente ou seu/sua
representante legal