



**Formulário 1 - REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM  
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - CIPTEA**

**Para uso da Secretaria de Saúde**

Foto 3x4

nº de registro CIPTEA:		( ) 1ª solicitação
Data de emissão:		
Data de validade:		( ) Renovação

Preencher com letra legível.

NOME DO BENEFICIÁRIO:		
CPF:	DATA NASCIMENTO:	
RG:	ÓRGÃO EMISSOR/UF:	DATA EXPEDIÇÃO:
SEXO:	TIPO SANGUÍNEO:	CID:
TELEFONE CELULAR:	TELEFONE FIXO:	
RUA/AVENIDA/ALAMEDA:		
NÚMERO:	CEP:	BAIRRO:
NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	
EMAIL:		
FILIAÇÃO:		
NOME DO RESPONSÁVEL:		
TELEFONE(S) DO RESPONSÁVEL:	E-MAIL DO RESPONSÁVEL:	

Venho por meio deste, requerer a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - CIPTEA, nos termos da Lei Municipal nº 4.108 de 19 de maio de 2022. Afirmando, sob as penas da Lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade. Nestes termos, peço deferimento.

Santana de Parnaíba, ____/____/____	

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO REQUERENTE

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL RESPONSÁVEL LEGAL

**Parecer da Unidade de Saúde**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) Deferida	( ) Indeferida. Motivo: _____
UNIDADE	ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR TÉCNICO:

OBS: Anexar toda documentação solicitada. / Em caso de perda ou extravio da CIPTEA, será emitida segunda via mediante apresentação de declaração de perda e/ou boletim de ocorrência policial.

**Secretaria Municipal de Saúde**

Rua Prof. Edgar de Moraes, 868, 2º andar - Jardim Frediani - Santana de Parnaíba – SP - CEP 06502-165 - Fone: (11) 4622-8850

