



**Formulário 2 - ATUALIZAÇÃO CADASTRAL DA CIPTEA**

Para uso da Secretaria de Saúde

nº de registro CIPTEA:	
------------------------	--

Preencher com letra legível.

NOME DO BENEFICIÁRIO:		
DATA NASCIMENTO:		
TELEFONE CELULAR:		TELEFONE FIXO:
RUA/AVENIDA/ALAMEDA:		
NÚMERO:	CEP:	BAIRRO:
EMAIL:		
FILIAÇÃO:		
NOME DO RESPONSÁVEL/CUIDADOR:		
TELEFONE(S) DO RESPONSÁVEL:		E-MAIL DO RESPONSÁVEL:

**Documentação necessária:**

- **Alteração de endereço:** será feito mediante alteração prévia no Siscad.
- **Alteração do responsável legal:** cópia do termo de guarda, tutela ou curatela.

Venho requerer a atualização do cadastro da 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. Afirimo, 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

**Deferimento da Unidade de Saúde**

Data: ____/____/____.	
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 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

