

**SECRETARIA MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA
COM DEFICIÊNCIA**

Prefeitura de Lorena – Estado de São Paulo

**REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA E DEMAIS DEFICIÊNCIAS**

NOME		
RG	DATA EMISSÃO	ORGÃO EMISSOR
CPF	DATA NASCIMENTO	
FILIAÇÃO		

NOME RESPONSÁVEL LEGAL OU CUIDADOR		
RG	CPF	
TELEFONE	CIDADE	UF
EMAIL		
ENDEREÇO		
BAIRRO	CEP	

Documentos Necessários:

- 1 Cópia RG
- 2 Cópia CPF
- 3 Cópia Comprovante de Residência
- 4 Laudo Médico
- 5 Cópia Documentos Responsável
- 6 Foto 3x4
- 7 Cópia Comprovante tipo Sanguíneo

Venho à presença de V.S. requerer a concessão da Carteira de Identificação do Transtorno do Espectro Autista / Demais Deficiências, afirmando, sob pena da lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

Nos termos, peço deferimento.

Data	Assinatura
------	------------