



ESTADO DA BAHIA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM FALCIFORME - CIPFALCI**

*Lei Federal nº 10.048 de 2000 / Lei Municipal nº 2812 de 2024*

Nº DO REQUERIMENTO: <small>Registro realizado pela SESAU</small>	_____ / _____	DATA DA SOLICITAÇÃO:	___ / ___ / ___
---	---------------	----------------------	-----------------

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	<input type="checkbox"/> 1ª VIA	<input type="checkbox"/> ATUALIZAÇÃO DE DADOS	<input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO	<input type="checkbox"/> 2ª VIA	<input type="checkbox"/> OUTROS
------------------------	---------------------------------	---	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

**DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A)**

NOME COMPLETO:				[COLAR AQUI]  FOTO 3X4	
CPF:		RG:			
DATA NASCIMENTO:	DE	_____ / _____ / _____	NATURALIDADE:		

FILIAÇÃO:			
-----------	--	--	--

ENDEREÇO COMPLETO:			
--------------------	--	--	--

TELEFONE:	( ) _____ - _____	E -MAIL:	
-----------	-------------------	----------	--

**TERMO DE CIÊNCIA**

Estou ciente dos dispositivos e requisitos legais estabelecidos pela Lei Federal nº 10.048 de 2000 / Lei Municipal nº 2812 de 2024

Alagoinhas/BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) requerente

**Dados do responsável pela coleta e registro das informações**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) servidor(a)

**OBS: Deverá ser anexado a este requerimento: foto 3x4, CPF, RG, relatório médico com CID e comprovante de residência atualizado**