



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
DIRETORIA DE DIREITOS HUMANOS E COMBATE AO RACISMO ESTRUTURAL



REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – CIPTEA

Lei Federal 13.977/2020 “Romeu Mion”, Lei Municipal 2.695/2023, Decreto Municipal 6.013/2023 e Portaria SEMAS 022/2023

Nº DO REQUERIMENTO: <small>Registro realizado pela SEMAS</small>		_____/____/____		DATA DA SOLICITAÇÃO:		____/____/____	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:		1ª VIA	ATUALIZAÇÃO DE DADOS	RENOVAÇÃO	2ª VIA	OUTROS	
DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A)							
NOME COMPLETO:				[COLAR AQUI] FOTO 3X4			
CPF:		RG:					
CIPTEA Nº: <small>Registro realizado pela SEMAS</small>		CID:					
DATA NASCIMENTO:	DE	____/____/____	NATURALIDADE:				
TIPO SANGUÍNEO:							
FILIAÇÃO:							
ENDEREÇO COMPLETO:							
DADOS DO(A) RESPONSÁVEL LEGAL/ CONTATO DE EMERGÊNCIA							
NOME:							
GRAU DE PARENTESCO:							
TELEFONE:	() _____ - _____	E –MAIL:					
OBSERVAÇÕES:							
COLETA DA IMPRESSÃO DIGITAL DO(A) BENEFICIÁRIO(A)		TERMO DE CIÊNCIA Estou ciente dos dispositivos e requisitos legais estabelecidos pela Lei Federal 13.977/2020 “Romeu Mion”, Lei Municipal 2.695/2023, Decreto Municipal 6.013/2023 e Portaria SEMAS 022/2023. 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, coletado a impressão digital do beneficiário, cópias de documento com foto do beneficiário e requerente, RG, relatório médico e comprovante de residência atualizado.