



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM FIBROMIALGIA - CIPFIBRO

Lei Federal N° 1048 de 2000 / Lei Municipal N° 016 de 2022 / Lei CIPFIBRO 017 de 2022

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 N° 1048 2000 / Lei Municipal N° 016 de 2022 / Lei CIPFIBRO 017 de 2022

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