PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARABIRA – PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM FIBROMIALGIA

À Secretaria Municipal de Saúde de Guarabira – PB

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, no município de Guarabira – PB, telefone para contato: _____, venho, respeitosamente, requerer a **EMISSÃO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM FIBROMIALGIA**, junto à Secretaria Municipal de Saúde.

Declaro que sou pessoa diagnosticada com Fibromialgia, conforme documentação médica comprobatória anexa, e solicito a emissão da referida carteira para fins de identificação e reconhecimento da minha condição, bem como para facilitar o acesso aos direitos e às políticas públicas assegurados às pessoas com essa condição de saúde.

Para comprovação, apresento os seguintes documentos:

- Documento de identidade (RG);
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Comprovante de residência atualizado; (últimos 90 dias)
- Laudo médico atualizado, contendo o diagnóstico de Fibromialgia;
- Foto 3x4;
- Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS).

Diante do exposto, solicito o deferimento deste requerimento e a adoção das providências necessárias para a confecção e entrega da carteira.

Nestes termos, pede deferimento.

Guarabira – PB, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do(a) requerente