



## REQUERIMENTO

### SIMBOLOS DE ACESSIBILIDADE E/OU CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE SAÚDE

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, requerente da  
Carteira de Identidade, portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_  
**e/ou** portador (a) do RG de número \_\_\_\_\_ - Órgão Expedidor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Solicito que seja:

(        ) Incluída        (        ) Excluída

(        ) **simbologia de acessibilidade** na minha Carteira de Identidade, conforme consta da documentação médica, CID \_\_\_\_\_ emitida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, com fundamento no Decreto nº 9.278, de 05 de fevereiro de 2018.

(        ) **condição específica de saúde** no campo de observação da minha Carteira de Identidade, conforme consta da documentação médica, CID \_\_\_\_\_ emitida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, com fundamento no Decreto nº 9.278, de 05 de fevereiro de 2018.

\_\_\_\_\_ - PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente / Responsável Legal (nome completo)

Doc. apresentado: \_\_\_\_\_