



SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
SEÇÃO CONTROLE DE POSTOS DE IDENTIFICAÇÃO



REQUERIMENTO – CARTEIRA DE IDENTIDADE COM CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE SAÚDE
AUTORIZAÇÃO PELO RESPONSÁVEL LEGAL

Eu, _____,
portador(a) da Carteira de Identidade de RG nº _____,
órgão expedidor: _____, UF: _____
e/ou do CPF nº _____, pai () mãe () responsável legal
() de: _____
portador(a) da Carteira de Identidade de RG nº _____,
órgão expedidor: _____, UF: _____
e/ou do CPF nº _____, AUTORIZO que seja:

- () Incluída
() Alterada para _____
() Excluída

Condição específica de saúde na Carteira de Identidade do civilmente incapaz*,
conforme consta da documentação médica emitida em ____/____/_____, com
fundamento no Art. 8º do Decreto nº 9.278, de 05 de fevereiro de 2018 que
regulamenta a Lei nº 7.116 de 29 de agosto de 1983.

Vitória-ES, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura – () Genitor(a) / () Responsável Legal

* Civilmente incapazes: aqueles que são incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil de acordo com os Art. 3º e Art. 4º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro).