



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



REQUERIMENTO – CARTEIRA DE IDENTIDADE COM CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE SAÚDE

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

() Incluída

() Alterada para _____

() Excluída

Condição específica de saúde na Carteira de Identidade, 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 do Requerente



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



REQUERIMENTO – CARTEIRA DE IDENTIDADE COM NOME SOCIAL

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

- () Incluído
() Alterado para _____
() Excluído

o nome social: _____,
nos registros, com fundamento no Art. 8º do Decreto nº 9.278, de 5 de fevereiro de
2018 que regulamenta a Lei nº 7.116 de 29 de agosto de 1983.

Vitória-ES, _____ de _____ de 20____.

Assinatura – nome civil

Assinatura – nome social



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



REQUERIMENTO – CARTEIRA DE IDENTIDADE COM NOME SOCIAL

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 o atendimento para
emissão da Carteira de Identidade e solicito que seja:

- () Incluído
() Alterado para _____
() Excluído

o nome social: _____,
nos registros do civilmente incapaz*, com fundamento no Art. 8º do Decreto nº 9.278,
de 5 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

Assinatura – nome civil

Assinatura – nome social

* 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).



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, declaro, para a inclusão/alteração da informação na Carteira de Identidade, que se trata de paciente que apresenta:

devendo constar da Carteira de Identidade:

[illegible]

Assinatura do Médico
Especialidade
CRM



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



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).