ANEXO I

REQUERIMENTO PARA EMISSÃO DA CARTEIRA MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM FIBROMIALGIA – CMIF

LEI MUNICIPAL Nº 2.166/2026 – DECRETO Nº 080/2026

1. DADOS DO REQUERENTE

Nome completo: _____

Data de nascimento: / /

CPF: _____

Documento de Identidade: _____ Órgão expedidor: _____

Endereço:_____

Nº: _____ Complemento: _____Bairro: _____

CEP: _____ Município: **Arceburgo/MG**

Telefone: _____

E-mail: _____

---

2. REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER

Nome completo: _____

CPF: _____

Documento de Identidade: _____ Órgão expedidor: _____

Qualidade da representação:_____

Telefone:_____ E-mail: _____

---

3. DOCUMENTOS APRESENTADOS

Assinalar os documentos que acompanham o requerimento:

☐ Documento oficial de identificação com fotografia;

☐ CPF;

☐ Comprovante de residência no Município de Arceburgo/MG;

☐ Fotografia 3x4 recente, quando necessária;

☐ Laudo ou relatório médico comprobatório do diagnóstico de fibromialgia;

☐ Documento de identificação do representante legal, quando houver;

☐ Documento comprobatório da representação, quando houver.

---

4. REQUERIMENTO

O(A) requerente acima identificado(a), nos termos da Lei Municipal nº 2.166/2026 e do Decreto Municipal nº 080/2026, **REQUER a emissão da Carteira Municipal de Identificação da Pessoa com Fibromialgia – CMIF**, declarando, sob as penas da lei, que as informações e documentos apresentados são verdadeiros.

Declara, ainda, estar ciente de que a CMIF se destina à identificação de sua condição perante os órgãos municipais e ao acesso às políticas públicas municipais previstas na legislação aplicável, **não substituindo laudos, perícias ou avaliações médicas quando exigidos por legislação específica**.

---

5. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

O(A) requerente declara ciência de que seus dados pessoais, inclusive aqueles relativos à saúde, serão tratados pelo Município exclusivamente para análise do requerimento, emissão, controle e administração da CMIF e para as demais finalidades decorrentes da Lei Municipal nº 2.166/2026, observada a legislação aplicável à proteção de dados pessoais.

Arceburgo/MG, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente:

_____

Assinatura do representante legal, se houver: _____

USO EXCLUSIVO DA ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL

Data do protocolo: / /
Protocolo nº: _____
Documentação: ☐ Completa ☐ Pendente
Pendência, se houver: _____

Resultado:
☐ **DEFERIDO**
☐ **INDEFERIDO**
Motivo do indeferimento: _____

Data: **/ /**

Servidor responsável – matrícula