

## ANEXO ÚNICO

### 1- Modelo da Carteira Municipal da Pessoa com Deficiência



CARTEIRA MUNICIPAL  
DE IDENTIFICAÇÃO DA  
PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
E MOBILIDADE REDUZIDA



CIDADE DE  
**PORTO  
VELHO**


NOME:  
**MARIA COSTA DA SILVA**

DATA DE NASCIMENTO:  NÚMERO DO SUS:

CID/ TIPO DE DEFICIÊNCIA:  TIPO SANGUÍNEO:

CPF:  CNH:

RESPONSÁVEL:



CONTATOS DE EMERGÊNCIA:

DATA DE EMISSÃO:

ALERGIA A ALIMENTAÇÃO:

ALERGIA A MEDICAÇÃO:



COMO ME ACALMAR:

MEDICAÇÃO EM USO:

TIPO DE COMUNICAÇÃO UTILIZADA:

<input type="checkbox"/> VOCAL	<input type="checkbox"/> GESTUAL
<input type="checkbox"/> LIBRAS	<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA (CAA)
<input type="checkbox"/> ESCRITA	<input type="checkbox"/> OUTRA <input type="text"/>

**Leonardo Barreto de Moraes**  
Prefeito



Escaneie o código QR ou acesse o site:  
<https://validar-cmia.portovelho.ro.gov.br>  
Digite o código: 00100-00010

VÁLIDA POR 60 MESES

### 2- Modelo dos Cordões

