



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**Termo de Autorização para Recebimento de Carteira de Passe Livre e/ou
CIPTEA**

Eu, _____,
CPF nº _____, RG nº _____, beneficiário (a) e/ou
responsável pelo Beneficiário (a) da Carteira de Passe Livre Intermunicipal ou da
Carteira de Identificação da Pessoa com Autismo (CIPTEA), nomeio e constituo a
pessoa: _____,
CPF nº _____, RG nº _____, com responsabilidade
e autonomia para recebimento do documento mencionado.

OBS: Para a retirada, é necessário o constituinte portar um documento original e com foto
do(a) beneficiário(a), para o fim específico de retirada da Carteira a qual foi deferida através
do site <https://funad.pb.gov.br/>, da Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com
Deficiência (FUNAD), no setor do Centro de Atendimento à Pessoa com Deficiência (CAD),
localizado à rua Dr. Orestes Lisboa S/N – Conjunto Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

_____, _____ de _____ de _____.

(Local e data)

Assinatura

**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
FUNAD – FUNDAÇÃO CENTRO INTEGRADO DE APOIO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
CER IV – CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO**

Rua Dr. Orestes Lisboa, S/N – Pedro Gondim – CEP 58031-090 - João Pessoa/PB
CNPJ: 24.507.865/0001-07 Email: funad@funad.pb.gov.br
Tel.: (83) 3214-7879/(83) 3244-1542/(83) 3243-8446/(83) 3243-8763



Assinado com senha por [FND53536] [SENHA] NARA JANAINA PEREIRA DE OLIVEIRA em 22/10/2024 -
14:43hs.

Documento Nº: 6230378.49881281-6200 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=6230378.49881281-6200>



FNDOFN202401584A