**ANEXO II - MODELO DE ATESTADO**

**CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA (CIA)**

**(Preenchido pelo(a) médico(a))**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO(A) PACIENTE:** | |
| **RG Nº:** | **DATA:** |

Atestamos para a finalidade de concessão da Carteira de Identificação do Autista (CIA) no âmbito do município de Santa Cruz do Rio Pardo/SP, que o requerente retroqualificado possui a(s) deficiência(s) permanente(s) abaixo descrita(s):

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE DEFICIÊNCIA:** | **CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID):** |
| **OBSERVAÇÕES (GRAU DE DIFICULDADE):** | |
| **NOME DO MÉDICO:** | **ESPECIALIDADE MÉDICA:**  ( ) NEUROLOGIA  ( ) PSIQUIATRIA |
| **RELATÓRIO MÉDICO** | |
| **DATA:**  **ASSINATURA E CARIMBO** | |