

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
<u>RELATÓRIO MÉDICO</u>	
DATA:	
ASSINATURA E CARIMBO	