

**ANEXO II - MODELO DE ATESTADO**  
**CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA (CIA)**  
**(Preenchido pelo(a) médico(a))**

<b>NOME DO(A) PACIENTE:</b>	
<b>RG Nº:</b>	<b>DATA:</b>

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):

<b>TIPO DE DEFICIÊNCIA:</b>	<b>CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID):</b>
<b>OBSERVAÇÕES (GRAU DE DIFICULDADE):</b>	
<b>NOME DO MÉDICO:</b>	<b>ESPECIALIDADE MÉDICA:</b> ( ) NEUROLOGIA ( ) PSIQUIATRIA
<b><u>RELATÓRIO MÉDICO</u></b>	
<b>DATA:</b>	
<b>ASSINATURA E CARIMBO</b>	