

REQUERIMENTO CARTEIRINHA DO AUTISTA

NOME:	
DATA DE NASC: / /	SEXO: MASC: () FEM ()
RG:	CPF:
CID:	LAUDO MÉDICO:
FAZ TRATAMENTO CONTINUO:	
OBS:	
RAÇA/COR: PRETO () PARDO () BRANCO () AMARELO () ÍNDIGENA ()	
RESPONSÁVEL:	
PARENTESCO:	DATA DE NASC:
RG:	CPF:
EMAIL:	
TELEFONE: ()	CEL: ()
ENDEREÇO:	Nº
CEP:	BAIRRO:

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade e estão em conformidade com as disposições legais e vigentes.

CARAPICUÍBA, DE 202

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____