



**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: \_\_\_\_\_**