

ATESTADO - CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA (CIA)

(preenchido pelo médico)

Decreto nº 9.107, de 18/12/2017

Nome do Beneficiário:		
RG:	Local do Exame:	Data: ____/____/____

Atestamos para a finalidade de concessão da Carteira de Identificação do Autista (CIA) no âmbito do Estado de Goiás, que o requerente retroqualificado possui a(s) deficiência(s) permanente(s) abaixo assinalada(s).

TIPO DE DEFICIÊNCIA (Decreto nº 9.107, de 18/12/2017)	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (preencher com códigos)
OBSERVAÇÕES:	

Observação: O diagnóstico de que a pessoa possui o Transtorno do Espectro Autista (TEA) deve ser firmado por profissional médico especialista em Neurologia ou Psiquiatria.

Nome do Médico	Assinatura e carimbo
----------------	----------------------

Paciente: _____

Data: _____

RELATÓRIO MÉDICO

CID: _____

ASSINATURA/ CARIMBO