



ATESTADO MÉDICO

Finalidade

Para fins de emissão de Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, nos termos da Lei Federal 13977/2020 e Lei Municipal 2297/2022.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

NOME	DATA DE NASCIMENTO
RG/UF	CPF

INFORMAÇÕES MÉDICAS

1. Preencher para atestar deficiência:
Nível de autismo:
CID: _____

2. Preencher para informar condição particular de saúde, cuja divulgação na carteira de identificação possa contribuir para preservar a saúde ou salvar a vida de seu titular:
CID: _____
CID: _____
CID: _____
CID: _____

3. Breve relato da(s) deficiência(s) ou condição particular de saúde do titular:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM/UF)
ENDEREÇO PROFISSIONAL	FONE
LOCAL E DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

- Autorizo a inclusão do meu endereço e telefone na carteira de identificação.
 NÃO autorizo a inclusão do meu endereço e telefone na carteira de identificação.

- Autorizo a divulgação das informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para fins de emissão de Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

Assinatura da Pessoa ou Representante Legal