



## REQUERIMENTO CIPTEA



### IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Nome Completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome Da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome Do Pai: \_\_\_\_\_

Data De Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome Completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Macaé, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da PTEA (ou digital)

\_\_\_\_\_



## REQUERIMENTO CIPTEA



Assinatura do representante legal (se houver)