



ATESTADO - CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CIPTEA)

(PREENCHIDO PELO MÉDICO)

Decreto nº 9.107, de 18/12/2017

Nome do Beneficiário:

CPF:

Local do Exame:

Data: / /

Atestamos para a finalidade de concessão da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA) no âmbito do Estado de Goiás, que o requerente retro qualificado possui a(s) deficiência(s) permanente(s) abaixo assinalada(s).

CID: _____

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

NOME DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|