

**ANEXO I - MODELO DE ATESTADO MÉDICO****ATESTADO MÉDICO****IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES**

Nome:		
Data de Nascimento:     /     /	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	
Identidade Nº:	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		

Atestamos para a finalidade da concessão da Carteira de Identificação da Pessoa com transtorno do Espectro Autista – CIPTEA no âmbito do município de Uberaba-MG, que o(a) requerente retroqualificado possui a(s) deficiência(s) abaixo.

<b>Tipo de Deficiência</b>	<b>Código Internacional de Doenças</b>
<b>Observações:</b>	

**Atenção:** o diagnóstico de que a pessoa possui Transtorno de espectro Autista (TEA) deve ser firmado por profissional médico especialista em Neurologia e Psiquiatria.

Uberaba, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Registro no CRM

As informações acima prestadas ficarão sujeitas às penalidades no Artigo 299 do Código Penal.  
\*Art. 299 (Código Penal): Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.