Prefeitura de Carapicuíba Secretaria de Assistência Social e Cidadania	CIDADE DE CARAPICUÍBA	**N° IDENTIFICAÇAO:**

REQUERIMENTO CARTEIRINHA DE DEFICIÊNCIAS OCULTAS

NOME:	
DATA DE NASC: / /	SEXO: MASC: ( ) FEM ( )
RG:	CPF:
CID:	LAUDO MÉDICO:
FAZ TRATAMENTO CONTINUO:	
OBS:	
RAÇA/COR: PRETO ( ) PARDO ( ) BRANCO ( ) AMARELO ( ) ÍNDIGENA ( )	
RESPONSÁVEL:	
PARENTESCO:	DATA DE NASC:
RG:	CPF:
EMAIL:	
TELEFONE: ( )	CEL: ( )
ENDEREÇO:	N°
CEP:	BAIRRO:

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade e estão em conformidade com as disposições legais e vigente.

CARAPICUÍBA, DE 202 .

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

SECRETÁRIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA
assistenciasocial@carapicuiba.sp.gov.br
(11) 4184-1217
Avenida Celeste, 180 – Centro-Carapicuíba-SP