



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA

REQUERIMENTO – CARTEIRINHA DE FIBROMIALGIA

Nome Completo							
Data de Nascimento		Sexo: () Masculino () Feminino					
RG nº		Órgão Emissor:		UF		CPF	
Nome da mãe:							
Nome do pai:							
Endereço							
Bairro:				CEP			
Cidade:							
Telefone (s) de contato							

Eu,, RG, CPF, declaro sob pena da lei que as informações e documentos prestados para fins de aquisição do DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE PESSOA COM FIBROMIALGIA são expressão da verdade.

Alexânia,/...../.....

Assinatura do Requerente