DECRETO Nº 137, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2026.

Regulamenta a emissão da Carteira Municipal de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), no âmbito do Município de Barra de São Francisco, e dá outras providências.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE BARRA DE SÃO FRANCISCO, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO que a Constituição Federal assegura a proteção à saúde e a inclusão social das pessoas com deficiência;
CONSIDERANDO a Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, alterada pela Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020 (Lei Romeo Mion), que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e criou a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), estabelecendo seu conteúdo mínimo obrigatório e prazo de validade de 5 (cinco) anos;
CONSIDERANDO a Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), que equipara a pessoa com TEA à condição de pessoa com deficiência para todos os efeitos legais;
CONSIDERANDO que a Lei Complementar Municipal nº 80, de 9 de janeiro de 2023, criou a Coordenadoria Municipal de Atendimento Especializado às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista e atribuiu ao Centro de Referência (Espaço Integrar) a função de realizar o **cadastro e a emissão da Carteira Municipal Simplificada para Pessoa com TEA** (art. 3º, parágrafo único, alínea "a");
CONSIDERANDO a necessidade de uniformizar os procedimentos de emissão, renovação e controle da carteira, conferindo segurança jurídica e operacionalidade ao disposto na legislação municipal e federal,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituída a Carteira Municipal de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), destinada a identificar a pessoa diagnosticada com TEA, residente e domiciliada no Município, para fins de fruição dos direitos assegurados pela Lei Federal nº 12.764/2012 e demais normas aplicáveis.

Art. 2º A CIPTEA será expedida pelo **Espaço Integrar (Centro de Referência em TEA)** , unidade vinculada à Coordenadoria Municipal de Atendimento Especializado às Pessoas com TEA, da Secretaria Municipal de Saúde, de forma gratuita, mediante requerimento do interessado ou de seu representante legal.

Art. 3º O requerimento para a emissão da CIPTEA deverá ser protocolado junto ao Espaço Integrar, acompanhado dos seguintes documentos:

I. Formulário de requerimento devidamente preenchido e assinado;
II. Documento oficial de identificação com foto (RG) e CPF do requerente;
III. Cartão Nacional de Saúde (CNS);
IV. Comprovante de residência atualizado no Município;
V. Fotografia recente no formato 3x4;
VI. Laudo ou relatório médico, emitido por profissional legalmente habilitado, que ateste o diagnóstico de TEA e contenha o CID (F84 ou 6A02, conforme a versão da CID adotada), com assinatura e CRM do profissional.

Art. 4º A CIPTEA conterá, no mínimo, as seguintes informações, em conformidade com o art. 3º-A da Lei Federal nº 12.764/2012:

I. Nome completo, filiação, local e data de nascimento, número do RG, CPF, tipo sanguíneo, endereço residencial completo e número de telefone do identificado;
II. Fotografia no formato 3x4 e assinatura ou impressão digital do identificado;
III. Nome completo, documento de identificação, endereço residencial, telefone e e-mail do cuidador ou responsável legal, quando aplicável;
IV. Identificação do órgão expedidor (Espaço Integrar / Secretaria Municipal de Saúde) e assinatura do dirigente responsável;
V. Data de expedição e prazo de validade.

Parágrafo único. A CIPTEA terá validade de **05 (cinco) anos**, devendo ser revalidada com o mesmo número, nos termos da legislação federal.

Art. 5º O Espaço Integrar manterá cadastro individualizado da pessoa com TEA, contendo as informações médicas e pessoais necessárias ao acompanhamento e à atualização dos dados da carteira.

Art. 6º O tratamento dos dados pessoais e sensíveis coletados observará a Lei Federal nº 13.709/2018 (LGPD).

Art. 7º O prazo máximo para conclusão da análise e emissão da CIPTEA é de **30 (trinta) dias**, contados a partir do recebimento da documentação completa.

Art. 8º Em caso de indeferimento, o requerente será cientificado da decisão fundamentada e poderá interpor recurso administrativo no prazo de **10 (dez) dias**.

Art. 9º A CIPTEA será expedida por via impressa ou digital, a critério da Administração, sem custo para a primeira via.

Art. 10. A Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Coordenadoria TEA, poderá expedir atos complementares (portarias, instruções de trabalho, formulários e modelos) necessários à operacionalização do disposto neste Decreto, com a devida anuência prévia do Chefe do Poder Executivo Municipal.

Art. 11. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de Barra de São Francisco, Estado do Espírito Santo, em 11 de novembro de 2026.

ENIVALDO EUZÉBIO DOS ANJOS
Prefeito Municipal

INSTRUÇÃO DE TRABALHO Nº 002/2026

COORDENADORIA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS PESSOAS COM TEA – ESPAÇO INTEGRAR

Assunto: Procedimento para análise e emissão da Carteira Municipal de Identificação da Pessoa com TEA (CIPTEA).

1. FINALIDADE

Estabelecer o procedimento padrão para recebimento, análise documental, validação, cadastro e confecção da Carteira Municipal de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), no âmbito do Espaço Integrar, em conformidade com a Lei Federal nº 12.764/2012, a Lei Complementar Municipal nº 80/2023 e o Decreto Municipal nº [____]/2026.

2. OBJETIVO

Orientar os servidores do Espaço Integrar e da Coordenadoria Municipal de Atendimento Especializado às Pessoas com TEA quanto ao fluxo de tramitação dos processos administrativos de solicitação da CIPTEA, definindo responsabilidades, prazos e procedimentos, a fim de garantir celeridade, transparência e segurança jurídica no atendimento ao cidadão.

3. ABRANGÊNCIA

Esta Instrução de Trabalho aplica-se a todos os setores e servidores do Espaço Integrar envolvidos no processo de emissão da CIPTEA, especialmente:

- Recepção do Espaço Integrar;
- Setor Técnico (Serviço Social ou equipe multidisciplinar designada);
- Profissional de Saúde Designado (médico ou equipe técnica habilitada);
- Coordenação do Espaço Integrar.

4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, alterada pela Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020 (Lei Romeo Mion);

- Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência);
- Lei Complementar Municipal nº 80, de 9 de janeiro de 2023;
- Decreto Municipal nº [____]/2026;
- Lei Federal nº 13.709/2018 (LGPD);
- Diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Psiquiatria sobre diagnóstico do TEA.

5. DEFINIÇÕES

Termo	Definição
CIPTEA	Carteira Municipal de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
Espaço Integrar	Centro de Referência em TEA, unidade vinculada à Coordenadoria Municipal de Atendimento Especializado às Pessoas com TEA
Setor Técnico	Serviço Social ou equipe multidisciplinar designada para conferência documental, cadastro e apoio administrativo
Profissional de Saúde Designado	Médico ou profissional de saúde habilitado lotado no Espaço Integrar, responsável pela validação do laudo
Requerente	Pessoa com TEA ou seu representante legal que solicita a CIPTEA
Laudo Médico	Documento emitido por profissional médico habilitado, contendo diagnóstico de TEA e CID compatível (F84.x ou 6A02)

Termo	Definição
Validação	Análise do laudo por profissional de saúde designado para confirmar a conformidade com os critérios estabelecidos

6. CONDIÇÕES GERAIS

6.1. O processo de emissão da CIPTEA é gratuito para a primeira via.

6.2. O prazo máximo para conclusão da análise e emissão da CIPTEA é de **30 (trinta) dias**, contados a partir do recebimento da documentação completa.

6.3. A CIPTEA terá validade de **5 (cinco) anos**, devendo ser revalidada com o mesmo número, mediante apresentação de novo laudo médico.

6.4. Os dados pessoais coletados serão tratados com observância à LGPD.

6.5. O Espaço Integrar será o responsável por manter o **cadastro individualizado** da pessoa com TEA, contendo informações médicas e pessoais, endereço, medicação, tratamentos e contato de cuidador/responsável, conforme previsto no art. 5º do Decreto nº [____]/2026.

6.6. A CIPTEA observará o conteúdo mínimo obrigatório previsto no art. 3º-A da Lei Federal nº 12.764/2012, garantindo sua validade nacional.

7. RESPONSABILIDADES

Setor/Responsável	Atribuição
Recepção do Espaço Integrar	Receber o requerimento e a documentação, verificar a presença de todos os documentos listados no item 8.1 e encaminhar ao Setor Técnico no prazo de 2 (dois) dias úteis.

Setor/Responsável	Atribuição
Setor Técnico (Serviço Social / equipe multidisciplinar)	Realizar a conferência documental, o cadastro individualizado, intimar o requerente em caso de pendências, encaminhar o processo ao profissional de saúde designado para validação e, após parecer favorável, proferir decisão, confeccionar a carteira e entregar ao requerente.
Profissional de Saúde Designado	Analisar o laudo médico apresentado, verificar a presença de CID compatível e a conformidade com os critérios clínicos, e emitir parecer de validação no prazo de 10 (dez) dias.
Coordenação do Espaço Integrar	Supervisionar o fluxo, assinar a carteira e garantir o cumprimento dos prazos.
Requerente	Apresentar a documentação completa e comparecer às diligências, quando solicitado.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

8.1. Etapa 1 – Recebimento e Protocolo

Responsável: Recepção do Espaço Integrar

Ações:

1. Receber o requerimento acompanhado dos seguintes documentos:
    - Formulário de requerimento preenchido e assinado (Anexo I);
    - Cópia do RG e CPF do requerente;
    - Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
    - Comprovante de residência atualizado;
    - Fotografia 3x4 recente;
    - Laudo médico com CID compatível (F84.x ou 6A02), assinado e carimbado por profissional habilitado (CRM);

- Documento de identificação do cuidador ou responsável legal.

2. Verificar, na presença do requerente, se toda a documentação está completa.
3. Em caso de ausência de documentos, orientar o requerente a complementá-los e não abrir o processo.
4. Estando a documentação completa, autuar o processo administrativo, atribuir número de protocolo e encaminhar ao Setor Técnico em até **2 (dois) dias úteis**.

8.2. Etapa 2 – Conferência Documental e Cadastro

Responsável: Setor Técnico (Serviço Social / equipe multidisciplinar)

Ações:

1. Receber o processo protocolado.
2. Realizar a conferência formal de todos os documentos, verificando:
   - Legibilidade e validade dos documentos pessoais;
   - Atualidade do comprovante de residência;
   - Presença de CID compatível no laudo médico;
   - Identificação do médico emitente (nome e CRM);
   - Documento de identificação do cuidador/responsável.
3. **Se houver pendências formais:** expedir intimação ao requerente, concedendo prazo de **10 (dez) dias** para suprir a falta. Findo o prazo sem manifestação, o processo será arquivado com comunicação ao requerente.
4. **Se a documentação estiver regular:** realizar o **cadastro individualizado** do requerente (Anexo V), contendo informações médicas e pessoais, endereço, medicação, tratamentos e contato de cuidador/responsável.
5. Encaminhar o processo ao **profissional de saúde designado** para validação, em até **5 (cinco) dias úteis**.

8.3. Etapa 3 – Validação do Laudo

Responsável: Profissional de Saúde Designado (médico ou equipe técnica habilitada)

Ações:

1. Receber o processo encaminhado pelo Setor Técnico.
2. Analisar o laudo médico apresentado, verificando:
    - Se o diagnóstico de TEA está claro e fundamentado;
    - Se o CID é compatível (F84.x ou 6A02);
    - Se o laudo foi emitido por médico com CRM regular.
3. **Se o laudo for considerado insuficiente ou genérico:** solicitar diligência ao Setor Técnico, que intimará o requerente a apresentar laudo complementar ou a comparecer para avaliação presencial no Espaço Integrar, se necessário.
4. **Se o laudo for considerado adequado:** emitir **Parecer de Validação** (Anexo II) favorável e encaminhar o processo de volta ao Setor Técnico.
5. Prazo para emissão do parecer: **10 (dez) dias** a contar do recebimento do processo.

8.4. Etapa 4 – Decisão, Confecção e Entrega

Responsável: Setor Técnico, com supervisão da Coordenação do Espaço Integrar

Ações:

1. Receber o processo com o Parecer de Validação.
2. **Se o parecer for favorável:** proferir despacho de deferimento, **confeccionar a CIPTEA** conforme modelo padrão (Anexo III), contendo todos os campos exigidos pelo art. 4º do Decreto nº [____]/2026 e pelo art. 3º-A da Lei Federal nº 12.764/2012, e colher a assinatura da autoridade competente (Coordenador do Espaço Integrar ou Secretário Municipal de Saúde).
3. **Se o parecer for desfavorável:** proferir despacho de indeferimento fundamentado, cientificar o requerente e informar sobre o direito de interpor recurso administrativo no prazo de **10 (dez) dias**.
4. Registrar a emissão em livro ou sistema de controle próprio do Espaço Integrar.
5. Entregar a carteira ao requerente, mediante assinatura de recibo.

6. Prazo para decisão, confecção e entrega: **10 (dez) dias** a contar do recebimento do parecer.

8.5. Etapa 5 – Revalidação

Responsável: Setor Técnico do Espaço Integrar

Ações:

1. A revalidação deve ser solicitada pelo requerente em até **30 (trinta) dias** antes do vencimento da carteira.
2. O procedimento de revalidação seguirá o mesmo fluxo das etapas 1 a 4, sendo obrigatória a apresentação de **novo laudo médico atualizado**.
3. A nova carteira terá validade de 5 (cinco) anos, mantendo o mesmo número de registro.

9. FLUXOGRAMA RESUMIDO

[Requerente]
↓
[Recepção do Espaço Integrar] → Recebe documentos e autua processo (2 dias)
↓
[Setor Técnico] → Confere documentação e realiza cadastro (5 dias)
↓
├── Documentação irregular → Intima requerente (10 dias para suprir)
↓
[Setor Técnico] → Encaminha para Profissional de Saúde Designado
↓
[Profissional de Saúde Designado] → Valida laudo (10 dias)
↓
├── Laudo insuficiente → Diligência (retorna ao Setor Técnico)
↓
[Setor Técnico] → Decide, confecciona e entrega a carteira (10 dias)
↓
├── Indeferido → Cientifica requerente (recurso em 10 dias)
↓
[Setor Técnico] → Entrega ao requerente

10. REGISTROS

Registro	Responsável	Local de Arquivamento	Prazo de Guarda
Processo Administrativo de CIPTEA	Setor Técnico	Arquivo do Espaço Integrar	5 anos após validade da carteira
Cadastro Individualizado	Setor Técnico	Sistema/arquivo do Espaço Integrar	Permanente
Parecer de Validação	Setor Técnico	Anexado ao processo	Permanente
Livro/Sistema de Controle de Emissão	Setor Técnico	Espaço Integrar	Permanente
Recibo de Entrega da Carteira	Setor Técnico	Anexado ao processo	5 anos

11. ANEXOS

- **Anexo I:** Modelo de Formulário de Requerimento da CIPTEA
- **Anexo II:** Modelo de Parecer de Validação
- **Anexo III:** Modelo da Carteira de Identificação da Pessoa com TEA (CIPTEA)
- **Anexo IV:** Checklist de Documentos para Conferência Documental
- **Anexo V:** Ficha de Cadastro Individualizado

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1. Esta Instrução de Trabalho entra em vigor na data de sua publicação.

12.2. Os casos omissos serão resolvidos pelo Setor Técnico do Espaço Integrar, em conjunto com a Coordenação da Coordenadoria TEA e o Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde.

12.3. Esta Instrução de Trabalho deverá ser revisada anualmente ou sempre que houver alteração na legislação de regência.

Barra de São Francisco – ES, 06 de novembro de 2026.

WANDERSON MELGAÇO MACEDO
Secretário Municipal de Saúde

Anexo I – Formulário de Requerimento da CIPTEA

COORDENADORIA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ÀS PESSOAS COM TEA – ESPAÇO INTEGRAR

REQUERIMENTO DE EMISSÃO DA CARTEIRA MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CIPTEA)

1. DADOS DO(A) REQUERENTE

Nome completo:

Filiação

Mãe:

Pai:

Local de Nascimento:

Data de nascimento: _____/_____/_____

RG / Órgão expedidor:

CPF:

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Tipo sanguíneo:

( ) A+ ( ) A- ( ) B+ ( ) B- ( ) AB+ ( ) AB- ( ) O+ ( ) O- ( ) Não informado

Endereço residencial completo:

Telefone / WhatsApp: (___) _____

E-mail (se houver):

2. DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL (se aplicável)

Nome completo:

RG / CPF:

Endereço residencial completo:

Grau de parentesco / Tipo de representação:

Telefone para contato: (___) _____

E-mail (se houver):

3. INFORMAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO MÉDICO

Possui laudo médico com diagnóstico de TEA? ( ) Sim ( ) Não

CID informado no laudo: ( ) F84.0 ( ) F84.1 ( ) F84.5 ( ) F84.9 ( ) 6A02 (CID-11) ( ) Outro: _____

Data de emissão do laudo: _____/_____/_____

Nome do(a) médico(a) responsável:

Especialidade: CRM:

4. DOCUMENTOS APRESENTADOS (uso do Espaço Integrar)

Formulário de requerimento preenchido e assinado: ( ) Sim ( ) Não

Laudo médico com CID compatível: ( ) Sim ( ) Não

Cópia do RG e CPF: ( ) Sim ( ) Não

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS): ( ) Sim ( ) Não

Comprovante de residência atualizado: ( ) Sim ( ) Não

Fotografia 3x4 recente: ( ) Sim ( ) Não

Documento de identificação do cuidador/responsável: ( ) Sim ( ) Não

5. DECLARAÇÃO DO(A) REQUERENTE

Declaro, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que a documentação apresentada é autêntica. Estou ciente de que a concessão da CIPTEA está condicionada à análise técnica do Espaço Integrar e à validação do laudo pela equipe de saúde designada, nos termos da Lei Federal nº 12.764/2012, da Lei Complementar Municipal nº 80/2023 e do Decreto nº [____]/2026.

Barra de São Francisco – ES, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Requerente ou Representante Legal

PARA USO EXCLUSIVO DO ESPAÇO INTEGRAR

Nº do Protocolo:

Data do Recebimento: _____/_____/_____

Servidor(a) Responsável pelo Recebimento:

Análise Documental: ( ) Regular ( ) Com Pendências

Encaminhado para Validação Médica em: _____/_____/_____

Parecer Médico: ( ) Favorável ( ) Desfavorável

Decisão Final: ( ) Deferido ( ) Indeferido

Observações:

Anexo II – Parecer de Validação (Médico ou Equipe Técnica)

PARECER DE VALIDAÇÃO – CIPTEA

Processo nº:
Requerente:
Data do recebimento pelo profissional: _____/_____/_____

1. ANÁLISE DO LAUDO APRESENTADO

Item verificado	Sim	Não	Observações
O laudo contém diagnóstico claro de Transtorno do Espectro Autista?	( )	( )	
O CID informado é compatível (F84.x ou 6A02)?	( )	( )	
O laudo foi emitido por médico com CRM regular?	( )	( )	
O laudo está legível e identifica o profissional (nome e CRM)?	( )	( )	
O laudo é considerado suficiente para os fins da CIPTEA?	( )	( )	

2. DILIGÊNCIAS SOLICITADAS (se aplicável)

( ) Solicito laudo complementar c/ descrição mais detalhada do quadro clínico.
( ) Solicito avaliação presencial do(a) requerente no Espaço Integrar.
( ) Outra:

3. PARECER CONCLUSIVO

( ) **FAVORÁVEL** – O laudo apresentado atende aos requisitos para emissão da CIPTEA.
( ) **DESFAVORÁVEL** – O laudo apresentado não atende aos requisitos, pelos motivos acima registrados.

4. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

Nome do(a) Médico(a):
CRM:
Assinatura e carimbo

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DE SÃO FRANCISCO - ES
SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE GOVERNO

Anexo III – Modelo da Carteira de Identificação (Layout)



Anexo IV – Checklist de Documentos para Conferência Documental

CHECKLIST – CONFERÊNCIA DOCUMENTAL DA CIPTEA

Processo nº:
Requerente:
Data da conferência: _____/_____/_____
Servidor(a) responsável:

Nº	Documento	Situação	Observações
1	Formulário de requerimento preenchido e assinado	( ) OK ( ) Pendente	
2	Laudo médico com CID compatível (F84.x ou 6A02)	( ) OK ( ) Pendente	
3	Laudo com identificação do médico (nome e CRM)	( ) OK ( ) Pendente	
4	Cópia do RG (frente e verso)	( ) OK ( ) Pendente	
5	Cópia do CPF	( ) OK ( ) Pendente	
6	Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	( ) OK ( ) Pendente	
7	Comprovante de residência atualizado	( ) OK ( ) Pendente	
8	Fotografia 3x4 recente	( ) OK ( ) Pendente	
9	Documento de identificação do cuidador/responsável	( ) OK ( ) Pendente	

Resultado da conferência:
( ) **Documentação completa** – Encaminhar para validação médica.
( ) **Documentação com pendências** – Intimar o(a) requerente para suprir no prazo de 10 (dez) dias.

Providências adotadas:

Assinatura do(a) Servidor(a) do Serviço Social
Anexo V – Ficha de Cadastro Individualizado

FICHA DE CADASTRO INDIVIDUALIZADO – PESSOA COM TEA
Espaço Integrar – Coordenadoria Municipal de Atendimento Especializado às Pessoas com TEA

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome completo:

Data de nascimento: _____/_____/_____

RG / Órgão expedidor:

CPF:

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Endereço residencial completo:

Telefone / WhatsApp: (___) _____

E-mail (se houver):

2. CONTATO DE RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE

Nome completo:

RG / CPF:

Grau de parentesco / Tipo de representação:

Endereço residencial completo:

Telefone para contato: (___) _____

3. INFORMAÇÕES MÉDICAS

Data do diagnóstico de TEA: _____/_____/_____

CID - ( ) F84.0 ( ) F84.1 ( ) F84.5 ( ) F84.9 ( ) 6A02 ( ) Outro: _____

Médico(a) que firmou o diagnóstico

CRM:

Medicações em uso:

Tratamentos em andamento:

Acompanhamento em outras especialidades: ( ) Psiquiatria ( ) Neurologia ( ) Psicologia ( ) Fonoaudiologia ( ) Terapia Ocupacional ( ) Fisioterapia ( ) Outros:

Observações clínicas relevantes:

4. ACOMPANHAMENTO PELO ESPAÇO INTEGRAR

Data da entrevista inicial: _____/_____/_____

Profissional responsável pelo acolhimento

Encaminhamentos realizados: ( ) Emissão da CIPTEA ( ) Orientação sobre direitos ( ) Encaminhamento para benefícios sociais ( ) Inserção em atendimento multidisciplinar ( ) Outros: _____

Observações:

Barra de São Francisco – ES, _____/_____/_____.

_____

Assinatura do(a) Profissional Responsável