



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.

Tuiuti,/...../.....

Assinatura do Requerente