



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

**FORMULÁRIO PARA CONCESSÃO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA
PORTADORA DE FIBROMIALGIA**

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

FILIAÇÃO:

ENDEREÇO:

RG: _____ **CPF:** _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE/SUS: _____

TELEFONE DE CONTATO: _____

SERRA ____/____/____

ASSINATURA DO PACIENTE

OBS: ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS (RG/CPF/CNS/COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA), DO LAUDO MÉDICO E 01 (UMA) FOTO 3X4 (RECENTE).