



# Santo André

cidade inclusiva



## CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Nome: **RAFAELA CRESCENZI DA FONSECA**

Data Nasc.: **24/07/2012** Naturalidade: **SÃO PAULO - SP**

RG: **66.013.000-2** CPF: **45769746882**

Filiação: **ANA PAULA CRESCENZI DA FONSECA; ALBERTO APARECIDO PINTO DA FONSECA**

End.: **RUA ARAÇATUBA, 334 - SANTA MARIA, SANTO ANDRE, SP**

Tipo Sanguíneo: **A-** Tel. / Cel.: **(11)9953-56423; (11)3969-7740**

Lei Federal nº 13.977/2020

**ATENDIMENTO PRIORITÁRIO**



Nº 001482

Emissão: 24/01/2024

Responsável: ANA PAULA CRESCENZI DA FONSECA

RG: 21741867-3

Tel. / Cel.: (11)3969-7740

End.: RUA ARAÇATUBA, 334 - SANTA MARIA, SANTO ANDRÉ, SP

Email: anapcf@terra.com.br



*Rafaela Crescenzi da Fonseca*  
ASSINATURA DO PORTADOR / RESPONSÁVEL

*[Handwritten signature]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

ORGÃO EMISSOR:  
Secretaria da Pessoa com Deficiência  
Prefeitura Municipal de Santo André - SP