

ANEXO IV DO DECRETO N° 0007 DE 03 DE JANEIRO DE 2013

LAUDO DE AVALIAÇÃO			
AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico)			
Serviço	Médico/Unidade	de	Saúde: Data: ____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: Masculino ☐	Feminino ☐	
Identidade nº _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____	
Mãe: _____			
Pai: _____			
Responsável (Representante legal): _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____			
Cidade _____	CEP: _____	UF: _____	
Fone: _____	Email: _____		

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Decreto n° 0007/13, e alterações posteriores, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

☐ Transtorno autista - F.84.0 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

☐ Autismo atípico - F.84.1 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

Descrição detalhada da deficiência:

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____
Nome: _____ Endereço: _____	Nome: _____ Endereço: _____	_____ Assinatura do responsável