

ANEXO III - LAUDO DE AVALIAÇÃO

DEFICIÊNCIA MENTAL

LAUDO DE AVALIAÇÃO

DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Sexo: Masculino	Feminino	
Identidade n. _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____	
Mãe: _____			
Pai: _____			
Responsável (Representante legal): _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____			
Cidade _____	CEP: _____	UF: _____	
Fone: _____	E-mail: _____		

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no item 177 do Anexo I do RICMS, aprovado pelo Decreto n. 6.080, de 28 de setembro de 2012, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Deficiência mental severa / grave - F.72 (CID-10)

Deficiência mental profunda - F.73 (CID-10)

<p>Descrição detalhada da deficiência:</p>
--

<p>_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____</p> <p align="center">_____ Assinatura do responsável</p>
---	---	--