

LAUDO DE AVALIAÇÃO		
<b>DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)</b>		
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ___/___/___
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES</b>		
Nome: _____		
Data de Nascimento: / /	Sexo: <i>Masculino</i> <i>Feminino</i>	
Identidade nº	Órgão Emissor:	UF:
Mãe: _____		
Pai: _____		
Responsável (Representante legal): _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____		
Cidade	CEP:	UF:
Fone:	E-mail: _____	
<b>Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Convênio ICMS 38/12, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:</b>		
Deficiência mental severa / grave - F.72 (CID-10) - observadas as instruções da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de novembro de 2003, do Ministro de Estado da Saúde e do Secretário Especial dos Direitos Humanos, ou outra que venha a substituí-la.		
Deficiência mental profunda - F.73 (CID-10) - observadas as instruções da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de novembro de 2003, do Ministro de Estado da Saúde e do Secretário Especial dos Direitos Humanos, ou outra que venha a substituí-la.		
<b>Descrição Detalhada da Deficiência</b>		
_____ Assinatura  Carimbo e registro do CRM  Nome: _____ Endereço: _____	_____ Assinatura  Carimbo e registro do CRP  Nome: _____ Endereço: _____	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO Identificação:  CNPJ:  Nome e CPF do responsável:  _____  Assinatura do responsável