

## 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 nº

Órgão Emissor:

UF:

Mãe:

Pai:

Responsável (Representante legal):

Endereço:

Bairro:

Cidade

CEP:

UF:

Fone:

Email:

*Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:*

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.

**Descrição Detalhada da Deficiência**

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