

LAUDO DE AVALIAÇÃO: AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico)
(ART. 15-F DO RICMS-RN)

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, que o requerente retro qualificado 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 Nome: _____ CPF: _____	Assinatura Carimbo e registro do CRP Nome: _____ CPF: _____	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: Assinatura do responsável	

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO PRIVADO INTEGRANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

_____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, responsável pela unidade de saúde _____, CNPJ nº _____, DECLARA, sob as penas da lei, que este serviço médico integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

O (A) declarante responsabiliza-se pela exatidão e veracidade das informações prestadas.

_____, ____/____/____
LOCAL/DATA)

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Dispõe o art. 299 do Código Penal: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular."