

"ANEXO III DO DECRETO N° 0007, DE 03 DE JANEIRO DE 2013

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