

ANEXO II

"ANEXO CCXCII

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

<p>Assinatura Carimbo e registro do CRM Nome: _____ Endereço: _____</p>	<p>Assinatura Carimbo e registro do CRP Nome: _____ Endereço: _____</p>	<p>UNIDADE EMISSORA DO LAUDO Identificação: CNPJ: Nome e CPF do responsável: Assinatura do responsável</p>
---	---	---