

**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA  
DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda) ou AUTISMO**

Legislação:

- Lei 14.260/2003: artigo 14, inciso V e alíneas "a" a "e"  
- Instrução nº 26/2008: subitens 5.2.5 e 6.5.1.2.4

Local do exame (nome da unidade de saúde): \_\_\_\_\_

CNPJ nº: \_\_\_\_\_ Nº de registro no SUS: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (deficiente mental ou autista)**

Nome	_____				
CPF	_____	RG	_____	UF emitente	_____
Sexo	( ) Masculino	( ) Feminino	Data de nascimento	____/____/____	____/____/____

**DETALHAMENTO DO PARECER MÉDICO**

Atestamos que a pessoa acima identificada, possui \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (deficiência mental severa/profunda ou autismo),  
proveniente de \_\_\_\_\_ (sequela adquirida ou  
congenita), desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data inicial da deficiência).

Outras considerações:

Médico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psicólogo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Código Internacional de Doenças **CID-10:** \_\_\_\_\_  
(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

**Dados do médico:**

Nome: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e indicação do nº do registro do CRM

**Dados do Psicólogo:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e indicação do nº do registro do CRM