



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA
DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda),
SÍNDROME DE DOWN 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 síndrome de down 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 síndrome
de down ou autismo), proveniente de _____
(sequela adquirida ou congênita), 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 CRP