

**ANEXO II – NPF N. 069/2018
ANEXO III - LAUDO DE AVALIAÇÃO
DEFICIÊNCIA MENTAL**

**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 n. _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____	
Mãe: _____			
Pai: _____			
Responsável (Representante legal): _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____			
Cidade _____	CEP: _____	UF: _____	
Fone: _____	E-mail: _____		

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 n. 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 n. 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	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____
Nome: _____	Nome: _____	_____ Assinatura do responsável
Endereço: _____	Endereço: _____	

CONDUTOR(ES)
AUTORIZADO(S): _____