

Legislação: Lei 14.260/03 e alterações: art. 14, inciso V e alínea "a"
Resolução SEFA n.º 135/2021: art 23, §2º, V, "b"

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DO EXAME

Local do exame (nome da unidade de saúde): _____

CNPJ n.º: _____ n.º 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 ou profunda, síndrome de down ou autismo), proveniente de _____
(sequela adquirida ou congênita), desde a data de _____/_____/_____
(data inicial da deficiência).

Outras considerações: _____

Médico:

Psicólogo (não obrigatório para os casos de síndrome de down):

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

Dados do médico:

Nome: _____
Especialidade: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Assinatura e indicação do n.º do registro do CRM

Dados do Psicólogo (não obrigatório para os casos de síndrome de down):

Nome: _____
CPF: _____ Telefone: _____

Assinatura e indicação do n.º do registro do CRP