LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA
DEFICIÊNCIA MENTAL (SEVERA OU PROFUNDA), SÍNDROME DE DOWN ou AUTISMO

Legislação: Lei nº 14.260/03 e alterações: art. 14, inciso V e alínea "a"
Resolução SEFA nº 135/2021: art 23, § 2º, V, "b" e "c"

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DO EXAME

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

Outras considerações médicas: _____

_____

_____

_____

_____

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

Dados do médico (Neurologista ou Psiquiatra):

Nome:_____ CRM: _____

Especialidade: _____ CPF: _____ Telefone: _____

_____
Assinatura