

Legislação: Lei nº 14.260/03 e alterações: art. 14, inciso V, § 5º, alínea "a".

Resolução SEFA nº 135/2021, art. 23, § 2º, inciso V, alíneas "b" e "c", com alterações da Resolução SEFA nº 764/2026.

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DO EXAME

Local do exame (nome da unidade de saúde):			
CNPJ nº		nº de registro no SUS	
Telefone:		Data do exame/laudo:	

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (PESSOA COM DEFICIÊNCIA)

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

DETALHAMENTO DO PARECER MÉDICO

Atesto, para fins de concessão do benefício, que o beneficiário acima identificado possui:	
☐ Deficiência mental severa ou profunda	CID(s):
☐ Transtorno do Espectro Autista (TEA)	CID(s):
Condição proveniente de:	
☐ Alteração congênita	
☐ Sequela adquirida - Data de início da condição/incapacidade: ____/____/____.	
Fundamentação clínica complementar (se necessária):	

DADOS DO PSICÓLOGO

Nome				CRP	
CPF		Fone		Email	
Declaro, sob as penas da lei, que as informações constantes deste laudo refletem as condições clínicas verificadas no exame psicológico realizado.					
_____ Assinatura / carimbo					

DADOS DO MÉDICO

Nome					
Especialidade:		CPF		CRM	
Fone		Email			
Declaro, sob as penas da lei, que as informações constantes deste laudo refletem as condições clínicas verificadas no exame médico realizado.					
_____ Assinatura / carimbo					