

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, alínea "b".

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	/	/

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (REPRESENTANTE LEGAL)

Nome					
CPF		RG		UF emitente	
Endereço					
Bairro			Cidade	CEP	
Fone			Email		

DETALHAMENTO DO PARECER MÉDICO

Atesto, para fins de concessão do benefício previsto na legislação estadual, que o beneficiário acima identificado possui Síndrome de Down, condição genética congênita permanente, presente desde o nascimento, enquadrando-se na hipótese prevista no art. 14, inciso V, § 5º, da Lei nº 14.260/2003 e no art. 23, § 2º, inciso V, da Resolução SEFA nº 135/2021.



Síndrome de Down (CID Q90)

CID(s):

Fundamentação clínica complementar (se necessária):

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