

LAUDO DE AVALIAÇÃO		
DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)		
<i>Serviço Médico/Unidade de Saúde:</i> _____		Data: ___/___/___
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES		
<i>Nome:</i>		
<i>Data de Nascimento:</i> / /	<i>Sexo:</i> <i>Masculino</i> <i>Feminino</i>	
<i>Identidade nº</i>	<i>Órgão Emissor:</i>	<i>UF:</i>
<i>Mãe:</i>		
<i>Pai:</i>		
<i>Responsável (Representante legal):</i>		
<i>Endereço:</i>		
<i>Bairro:</i>		
<i>Cidade</i>	<i>CEP:</i>	<i>UF:</i>
<i>Fone:</i>	<i>Email:</i>	
<i>Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:</i>		
<p>Deficiência mental severa / grave - F.72 (CID-10) - observadas as instruções da Portaria Interministerial nº 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.</p> <p>Deficiência mental profunda - F.73 (CID-10) - observadas as instruções da Portaria Interministerial nº 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.</p>		
<i>Descrição Detalhada da Deficiência</i>		
_____	_____	UNIDADE EMISSORA

<p>Assinatura</p> <p>Carimbo e registro do CRM</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>Assinatura</p> <p>Carimbo e registro do CRP</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>DO LAUDO</p> <p>Identificação:</p> <p>CNPJ:</p> <p>Nome e CPF do responsável:</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do responsável</p>					