



FORMULÁRIO 7 - LAUDO PARA BENEFÍCIOS SOCIAIS

USUÁRIO: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Profissão: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_

CONSIDERAÇÕES

Paciente submetido a processo cirúrgico em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, resultando em \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, CID: Z\_\_\_\_\_ em decorrência da afecção

classificada como CID\_\_\_\_\_, tornando-se **portador de deficiência**, de acordo com a definição apresentada no art. 4º

do decreto nº 3.298/99, que regulamenta a lei federal nº 7.853 de 24/10/1989, que dispõe sobre a política nacional para

integração da pessoa com deficiência.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Médico - Assinatura e carimbo

CNS:

CRM:

CBO: