



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: