


SALUDE INDIGENA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DSEI - ALTO RIO NEGRO

LAUDO DE AVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA E/O VISUAL

Unidade de Saúde: _____

Data: 04/08/2016

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES	
Nome: <u>CHARLES ALCANTARA CARBOSO</u>	
Data de Nascimento: <u>06/07/1993</u>	Sexo: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Identidade n. <u>2622311-2</u>	Órgão Emissor: <u>SSP</u> UF: <u>AM</u>
Mãe: <u>IVONE GOMES ALCANTARA</u>	Cartão SUS: <u>700209449481825</u>
Pai: <u>JUSCELINO MONTALVO CARBOSO</u>	
Responsável (Representante legal): _____	
Endereço: <u>RUA 12 DE OUTUBRO, Nº 19</u>	
Barrio: <u>APARECIDA - DISTRITO DE IJARETÊ</u>	
Cidade: <u>SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA</u>	CEP: <u>69750-000</u> UF: <u>AM</u>
Fone: <u>(97) 981060350</u>	Email: _____
Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício que o requerente avaliado possui a deficiência abaixo assinalada.	
<p style="text-align: center;">TIPO DE DEFICIENCIA</p> <p>DEFICIENCIA FÍSICA: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>DEFICIENCIA VISUAL: <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS.</p> <p>CID- 10: <u>G82.2 - A19.9</u></p> <p>(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)</p>
<p><u>PACIENTE COM HISTÓRIA DE TOS MIOGÊNICA (NA CLASSE), QUE OCASIONOU PARALISIA O QUE INTERFERE NAS SUAS ATIVIDADES ROTINEIRAS</u></p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"><u>Dr. Franklin S. Quirino</u></p> <div style="text-align: center;">  Assinatura Carimbo e Registro </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p>Franklin S. Quirino MÉDICO CRM-AM 8288</p> </div>	