

**ANEXO V**  
**LAUDO MÈDICO**

**NOME DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE**

**Endereço: Fone:**

**LAUDO MÈDICO**

**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_

**Deficiência:** \_\_\_\_\_

**CID:** \_\_\_\_\_

Preenchimento do Médico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**(Assinatura e carimbo do Médico)**