

**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)