

LAUDO MÉDICO

Nome completo: Maria Eduarda Silva

Data de nascimento: **/**/****

CPF: .*****

RG: *****



Informações clínicas

Portadora de **Transtorno do Espectro Autista (TEA)**, CID 10: F84.0.

De acordo com avaliação médica, apresenta características compatíveis com o espectro autista, necessitando de **atenção prioritária** conforme legislação vigente.

- Nível de suporte: ***
- Necessidades específicas: ***
- Recomendações médicas: **Prioridade em filas, atendimentos e suporte especializado conforme Lei Federal nº 12.764/2012.**



Observações médicas

- _____
- _____
- _____



Médico responsável

Nome: Dr(a). *****

CRM: *****

Especialidade: *****



Data da emissão: **/**/****



Assinatura e carimbo: