

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

De acordo com os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência (Decreto Legislativo nº 186/2008 e Decreto nº 6.949/2009), combinado com os artigos 3º e 4º, do Decreto nº 3.298/1999, Súmula 377 do Superior Tribunal de Justiça – STJ, do Decreto Federal nº 8.368/2014, da Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência)

Nome:	CPF:
-------	------

CID:	Origem da deficiência:
<input type="checkbox"/> Congênita <input type="checkbox"/> Acid./Doença do. trabalho <input type="checkbox"/> Acid. comum <input type="checkbox"/> Doença comum <input type="checkbox"/> Adquirida pós operatório	

Descrição detalhada dos impedimentos (alterações) nas funções e estruturas do corpo (física, auditiva, visual, intelectual e mental - psicossocial). Utilizar folhas adicionais, se necessário. Adicionar as informações e exames complementares solicitados abaixo para cada tipo de deficiência.

Descrição das limitações no desempenho de atividades da vida diária e restrições de participação social, (informar se necessita de apoios – órteses, próteses, softwares, ajudas técnicas, cuidador etc.). Utilizar folhas adicionais, se necessário.

<input type="checkbox"/> I- Deficiência Física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de: <input type="checkbox"/> paraplegia <input type="checkbox"/> paraparesia <input type="checkbox"/> tetraplegia <input type="checkbox"/> monoparesia <input type="checkbox"/> monoplegia <input type="checkbox"/> tetraparesia <input type="checkbox"/> triplegia <input type="checkbox"/> tri paresia <input type="checkbox"/> hemiplegia <input type="checkbox"/> hemiparesia <input type="checkbox"/> ostomia <input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro <input type="checkbox"/> paralisia cerebral <input type="checkbox"/> membros com deformidade congênita ou adquirida <input type="checkbox"/> nanismo (altura: _____) <input type="checkbox"/> outras - especificar: _____	<input type="checkbox"/> III a- Visão Monocular - conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) em um olho (ou cegueira declarada por oftalmologista). <input type="checkbox"/> IV- Deficiência Intelectual - funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como: <input type="checkbox"/> a) - Comunicação; <input type="checkbox"/> b) - Cuidado pessoal; <input type="checkbox"/> c) - Habilidades sociais; <input type="checkbox"/> d) - Utilização de recursos da comunidade; <input type="checkbox"/> e) - Saúde e segurança; <input type="checkbox"/> f) - Habilidades acadêmicas; <input type="checkbox"/> g) - Lazer; <input type="checkbox"/> h) - Trabalho. Idade de Início: _____ Obs: Anexar laudo do especialista.
--	---

<input type="checkbox"/> II- Deficiência Auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz Obs: Anexar audiograma	<input type="checkbox"/> IV a- Deficiência Mental – Psicossocial – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, Transtornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Informar se há outras doenças, data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas do quadro acima. Obs: Anexar laudo do especialista
---	---

<input type="checkbox"/> III- Deficiência Visual () cegueira - acuidade visual ≤ 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica; () baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica; () somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º Obs: Anexar laudo oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório do campo visual em graus.	<input type="checkbox"/> IV b- Deficiência Mental – Lei 12764/2012 – Espectro Autista Obs: Anexar laudo do especialista. <input type="checkbox"/> V- Deficiência Múltipla - associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima)
--	---

Conclusão:

Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior da área da saúde/Especialidade		Data:
---	--	-------

Autorizo a apresentação deste Laudo e exames visando a comprovação da condição de PCD.	Assinatura do candidato
--	-------------------------