

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

De acordo com os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei 13.146/2015, Lei 12764/12, Decreto 3.298/1999 e da Instrução Normativa SIT/ MTE n.º 98 de 15/08/2012.

NOME:		CPF:																			
<p>Faça uma descrição detalhada das alterações das funções e estruturas do corpo (física, auditiva, visual, intelectual e mental – psicossocial). Utilize folhas adicionais se necessário e adicione informações e exames complementares solicitados abaixo para cada tipo de deficiência.</p>																					
<p>Descreva as 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.). Utilize folhas adicionais, se necessário.</p>																					
<p>Marque abaixo o tipo de deficiência:</p>																					
<p><input type="checkbox"/> 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:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paraplegia</td> <td><input type="checkbox"/> Paraparesia</td> <td><input type="checkbox"/> Amputação ou ausência de membro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Monoplegia</td> <td><input type="checkbox"/> Monoparesia</td> <td><input type="checkbox"/> Estomia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tetraplegia</td> <td><input type="checkbox"/> Tetraparesia</td> <td><input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Triplegia</td> <td><input type="checkbox"/> Triparesia</td> <td><input type="checkbox"/> Paralisia cerebral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hemiplegia</td> <td><input type="checkbox"/> Hemiparesia</td> <td><input type="checkbox"/> Nanismo (altura: _____)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Outras - especificar: _____</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> Paraparesia	<input type="checkbox"/> Amputação ou ausência de membro	<input type="checkbox"/> Monoplegia	<input type="checkbox"/> Monoparesia	<input type="checkbox"/> Estomia	<input type="checkbox"/> Tetraplegia	<input type="checkbox"/> Tetraparesia	<input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida	<input type="checkbox"/> Triplegia	<input type="checkbox"/> Triparesia	<input type="checkbox"/> Paralisia cerebral	<input type="checkbox"/> Hemiplegia	<input type="checkbox"/> Hemiparesia	<input type="checkbox"/> Nanismo (altura: _____)	<input type="checkbox"/> Outras - especificar: _____		
<input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> Paraparesia	<input type="checkbox"/> Amputação ou ausência de membro																			
<input type="checkbox"/> Monoplegia	<input type="checkbox"/> Monoparesia	<input type="checkbox"/> Estomia																			
<input type="checkbox"/> Tetraplegia	<input type="checkbox"/> Tetraparesia	<input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida																			
<input type="checkbox"/> Triplegia	<input type="checkbox"/> Triparesia	<input type="checkbox"/> Paralisia cerebral																			
<input type="checkbox"/> Hemiplegia	<input type="checkbox"/> Hemiparesia	<input type="checkbox"/> Nanismo (altura: _____)																			
<input type="checkbox"/> Outras - especificar: _____																					
<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p>Obs: Anexar audiograma</p>																					
<p><input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA VISUAL</p> <p><input type="checkbox"/> Cegueira - acuidade visual $\leq 0,05$ (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;</p> <p><input type="checkbox"/> 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 igual ou menor que 60°.</p> <p>Obs: Anexar laudo oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório do campo visual em graus.</p> <p><input type="checkbox"/> Visão Monocular- conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira legal em um olho, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) (ou cegueira declarada por oftalmologista).</p> <p>Obs: Anexar laudo oftalmológico</p>																					
<p><input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL- funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Comunicação;</td> <td><input type="checkbox"/> Habilidades sociais;</td> <td><input type="checkbox"/> Saúde e segurança;</td> <td><input type="checkbox"/> Lazer;</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cuidado pessoal;</td> <td><input type="checkbox"/> Utilização de recursos da comunidade;</td> <td><input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas;</td> <td><input type="checkbox"/> Trabalho.</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Obs: Anexar laudo do especialista.</p>				<input type="checkbox"/> Comunicação;	<input type="checkbox"/> Habilidades sociais;	<input type="checkbox"/> Saúde e segurança;	<input type="checkbox"/> Lazer;	<input type="checkbox"/> Cuidado pessoal;	<input type="checkbox"/> Utilização de recursos da comunidade;	<input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas;	<input type="checkbox"/> Trabalho.										
<input type="checkbox"/> Comunicação;	<input type="checkbox"/> Habilidades sociais;	<input type="checkbox"/> Saúde e segurança;	<input type="checkbox"/> Lazer;																		
<input type="checkbox"/> Cuidado pessoal;	<input type="checkbox"/> Utilização de recursos da comunidade;	<input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas;	<input type="checkbox"/> Trabalho.																		
<p><input type="checkbox"/> TRANSTORNO 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 no campo descritivo se há outras doenças, data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas).</p> <p>Obs: Anexar laudo do médico especialista</p>																					
<p><input type="checkbox"/> TRANSTORNO MENTAL - ESPECTRO AUTISTA – Lei 12764/2012 – Obs: Anexar laudo do médico especialista.</p>																					
<p><input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA - associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima).</p>																					
<p>Conclusão: A pessoa está enquadrada nas definições do artigo 2º, da Lei nº 13.146/2015-Lei Brasileira de Inclusão-Estatuto da Pessoa com Deficiência; dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações do Dec. 5296/2004; do artigo 1º, §2º, da Lei nº 12.764/2012, Parecer CONJUR 444/11, das recomendações da IN 98/SIT/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, promulgada pelo Decreto nº. 6.949/2009.</p>																					
<p>Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior da Área da Saúde/Especialidade</p>			<p>Data:</p>																		