



LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____

Data: ___ / ___ / _____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		
Data de Nascimento: / /		CPF:
Identidade nº	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante legal):		
Endereço:		
Bairro:		
Cidade	CEP:	UF:
Fone:	Email:	

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no inciso IV do art. 1º da lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
<p>Deficiência física* Deficiência visual * *observar as instruções deste anexo.</p> <p>OBS: É considerada pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Descrição detalhada da deficiência:</p>

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM
Nome: _____
Endereço: _____

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM
Nome: _____
Endereço: _____

Unidade Emissora do Laudo
Identificação: _____
CNPJ: _____
Nome e CPF do responsável: _____
_____ Assinatura do responsável

INSTRUÇÕES DO ANEXO IX

NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO

DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

(Benefício previsto na Lei nº 8.989, 24 de fevereiro de 1995)

DEFINIÇÕES

I – deficiência física – É considerada pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

II – deficiência visual – acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

Observações:

- 1) A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência.
- 2) Definições de acordo com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e CID-10.