

MODELO DE LAUDO MÉDICO - PESSOA com DEFICIÊNCIA (PcD)

Nome completo do/a candidato/a:

CPF:

CID:	Origem da deficiência:
	<input type="radio"/> Acidente de Trabalho <input type="radio"/> Acidente comum <input type="radio"/> Congênita <input type="radio"/> Adquirida em pós-operatório <input type="radio"/> Doença

Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais), sensoriais, intelectuais e mentais:

Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessários:

ENQUADRAMENTO DA DEFICIÊNCIA

Nos termos do Art. 4º do Decreto Nº 3.298, de 1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004

<p>A - 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> <p> <input type="radio"/> paraplegia <input type="radio"/> paraparesia <input type="radio"/> monoplegia <input type="radio"/> monoparesia <input type="radio"/> tetraplegia <input type="radio"/> tetraparesia <input type="radio"/> triplegia <input type="radio"/> triparegia <input type="radio"/> hemiplegia <input type="radio"/> hemiparesia <input type="radio"/> ostomia <input type="radio"/> amputação ou ausência de membro <input type="radio"/> paralisia cerebral <input type="radio"/> nanismo (altura: _____) <input type="radio"/> membros com deformidade congênita ou adquirida <input type="radio"/> outras - especificar: _____ </p>	<p>E - Deficiência Mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:</p> <p> <input type="radio"/> Comunicação <input type="radio"/> Cuidado pessoal <input type="radio"/> Habilidades sociais <input type="radio"/> Utilização dos recursos da comunidade <input type="radio"/> Saúde e segurança <input type="radio"/> Habilidades acadêmicas <input type="radio"/> Lazer <input type="radio"/> Trabalho Idade de início: _____ <i>Obs.: Anexar Laudo Médico</i> </p>
<p>B - Deficiência Visual</p> <p> <input type="radio"/> cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; <input type="radio"/> baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; <input type="radio"/> somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. </p> <p><i>Obs.: Anexar Laudo Oftalmológico de oftalmologista com RQE com acuidade visual pela tabela de Snellen com a melhor correção óptica ou somatória do campo visual em graus.</i></p>	<p>F - Visão Monocular</p> <p> <input type="radio"/> 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><i>Obs.: Anexar Laudo Oftalmológico</i></p>
<p>C - Deficiência Auditiva</p> <p> <input type="radio"/> perda auditiva, 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><i>Obs.: Anexar Audiograma</i></p>	<p>G - Deficiência múltipla</p> <p> <input type="radio"/> associação de duas ou mais deficiências (assinalar cada uma acima) </p>
<p>D 1 – Transtorno do Espectro Autista</p> <p> <input type="radio"/> Lei nº 12.764/2012 – Espectro Autista </p> <p><i>Obs.: Anexar Laudo Médico</i></p>	<p>H - Fibromialgia</p> <p> <input type="radio"/> Lei nº 15.176/2025 - Fibromialgia </p>

_____/_____, ____/____/_____
Cidade UF dia mês ano

Assinatura e carimbo + CRM do/a médico/a