

ANEXO VI

MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PCD



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE ILHABELA

ESTADO DE SÃO PAULO

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

De acordo com os dispostos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei 13.146/2015, Lei 12.764/2012, Decreto 3.298/1999 e da Instrução Normativa SIT/MTE nº 98 de 15/08/2012.

Nome:

CPF:

CID:

Origem da deficiência:

☐ Congênita ☐ Acidente/Doença do Trabalho ☐ Acidente comum ☐ Doença comum ☐ 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 do desempenho de atividade 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.

☐ I – Deficiência Física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob forma de:

☐ paraplegia ☐ paraparesia
☐ monoplegia ☐ monoparesia
☐ tetraplegia ☐ tetraparesia
☐ triplegia ☐ triparesia
☐ hemiplegia ☐ hemiparesia
☐ ostomia ☐ amputação ou ausência de membro
☐ paralisia cerebral
☐ membros com deformidade congênita ou adquirida
☐ nanismo (altura: _____)
☐ outras _____ – especificar: _____

☐ II – Deficiência Auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiogramas nas frequências de 500HZ, 1.000 HZ, 2.000HZ e 3.000HZ.

Obs.: Anexar audiograma

☐ III – Deficiência Visual

() cegueira – acuidade visual $\leq 0,05$ (20/400) ou 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 igual ou menor que 60°.

Obs.: Anexar laudo oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório do campo visual em graus.

☐ III a – 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).

Obs.: Anexar laudo oftalmológico

☐ IV – Deficiência Intelectual – funcionamento intelectual significativamente inferior à medida e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como:

☐ a) Comunicação;
☐ b) Cuidado pessoal;
☐ c) Habilidades sociais;
☐ d) Utilização de recursos da comunidade;
☐ e) Saúde e segurança;
☐ f) Habilidades acadêmicas;
☐ g) Lazer;
☐ h) Trabalho.

Obs.: Anexar laudo do especialista

☐ 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 no campo descritivo se há outras doenças, data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas).

Obs.: Anexar laudo do especialista

☐ IV b – Deficiência Mental – Lei 12.764/2012 – Espectro Autista

Obs.: Anexar laudo do especialista

☐ IV c – Deficiência Múltipla – associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima)

Conclusão: A pessoa está enquadrada nas definições do artigo 2º, da Lei 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 Decreto 5.296/2004; 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.

Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior da Área da Saúde/Especialidade

Data:

Estou ciente de que estou sendo enquadrado na cota de Pessoas com Deficiência/reabilitados da empresa. Autorizo a apresentação deste Laudo e exames ao Ministério do Trabalho.

Assinatura do Candidato: