|  |  |
| --- | --- |
| **LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA**  De acordo com o Decreto nº 3.298/1999 e com a Instrução Normativa SIT/MTE nº 98 de 15/08/2012, observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas Com Deficiência, Lei nº 12.764/2012, Lei nº 13.146/2015. | |
| **Nome do(a) paciente avaliado(a)** | **CPF** |
| **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 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     ) ou outras (especificar):  **Obs.: Anexar exames complementares comprobatórios** | |
| **CID**: **Origem da deficiência**: Assinalar com “X”  ( )Acidente de trabalho ( )Congênita ( )Adquirida em pós-operatório ( )Acidente comum ( )Doença | |

|  |
| --- |
| **Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais):** |
| **Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessários para tratamento em relação à deficiência observada:** |
| **Conclusão**: A pessoa está enquadrada nas definições dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com alterações do Decreto nº 5.296/2004, Lei nº 12.764/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas Com Deficiência promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009 e recomendações da IN nº 98/SIT/2012. |
| **Assinatura e carimbo do médico responsável** |
| Autorizo a apresentação deste laudo e exames à DSQV/SUGEPE. |
| **Data:** **Assinatura do avaliado (Servidor ou seu familiar/dependente)**: |