|  |
| --- |
| **LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA MENTAL**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 e Lei nº 13.146/2015. |
| **Nome do(a) paciente avaliado(a)**      | **CPF**      |
| **Deficiência Mental:** Psicossocial – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, outras limitações psicossociais. Informar se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença (assinalar as limitações para habilidades adaptativas, conforme as opções abaixo):( ) Comunicação ( ) Saúde e segurança( ) Cuidado pessoal ( ) Habilidades acadêmicas( ) Habilidades sociais ( ) Lazer( ) Utilização de recursos da comunidade ( ) TrabalhoIdade de início da deficiência mental:      **Obs.: Anexar laudo do especialista** |
| **CID**: **Origem da deficiência**: Assinalar com “X”( )Acidente de trabalho ( )Congênita ( )Adquirida em pós-operatório ( )Acidente comum ( )Doença |

|  |
| --- |
| **Descrição detalhada das alterações da deficiência mental:**      |
| **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)**:      |