



ANEXO III

Laudo Médico – Laudo Caracterizador de Deficiência

NOME DO(A) CANDIDATO(A):		
RG:	UF:	CPF:
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo:	
01. CID:		
02. Origem da deficiência: () Congênita () Acidente/Doença do. Trabalho () Acidente comum () Doença comum () Adquirida pós-operatório		
03. 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 para cada tipo de deficiência. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
04. Descrição das limitações no desempenho de atividades 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. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		



PARTE INTEGRANTE DO EDITAL Nº 144/2023 - DDH/SMRH

ANEXO III

Laudo Médico – Laudo Caracterizador de Deficiência

A – DEFICIÊNCIA FÍSICA: Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de:

01	Paraplegia	12	Amputação ou ausência de membro	Especificar:
02	Paraparesia		Perda de segmentos de membro	Especificar: A. Ao nível ou acima do carpo. B. Primeiro quirodáctilo, desde que atingida a falange proximal. C. Dois quirodáctilos, desde que atingida a falange proximal em pelo menos um deles. D. Segundo quirodáctilo, desde que atingida a falange proximal. E. Três ou mais falanges de três ou mais quirodáctilos. F. Ao nível ou acima do tarso. G. Primeiro pododáctilo, desde que atingida a falange proximal H. Dois pododáctilos, desde que atingida a falange proximal em ambos. I. Três ou mais falanges, de três ou mais pododáctilos.
03	Monoplegia			
04	Monoparesia			
05	Tetraplegia			
06	Tetraparesia			
07	Triplegia			
08	Tri paresia			
09	Hemiplegia			
10	Hemiparesia			
11	Ostomia			
13	Paralisia cerebral		Ecurtamento de membro inferior maior que 4 cm	Especificar:
14	Nanismo			
15	Membros com deformidade congênita ou adquirida (exceto as estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho da função)		Especificar:	

B – DEFICIÊNCIA AUDITIVA*: Perda **bilateral**, parcial ou total, **de quarenta e um decibéis (41 dB) ou mais**, aferida por audiogramas **nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz**.

* É obrigatório anexar Audiometria com menos de 6 meses de realização.

C – DEFICIÊNCIA VISUAL:

01	Cegueira: na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
02	Baixa Visão: que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
03	Quando a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° *
04	Monocular: Cegueira (AV<0,05) unilateral. (Conforme Súmula 377 do STJ, Súmula 45 da AGU e o Parecer do CONJUR/TEM nº 444 de 13/09/2011)

* É obrigatório anexar Laudo de Campimetria com menos de 6 meses de realização para o item 03.

D – DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL*: Funcionamento **intelectual significativamente inferior à média**, com manifestação **antes dos dezoito anos** e limitações **associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas**.

01	Comunicação	03	Habilidades sociais	05	Saúde e segurança	07	Lazer
02	Cuidado pessoal	04	Utilização dos recursos da comunidade	06	Habilidades acadêmicas	08	Trabalho

* É obrigatório avaliação por Psiquiatra ou Psicólogo.

E – DEFICIÊNCIA MENTAL/PSICOSSOCIAL*:

01	Transtorno do espectro autista	02	Deficiência mental (psicossocial)	03	Síndromes epiléticas	04	Déficit cognitivos originados após 18 anos
-----------	--------------------------------	-----------	-----------------------------------	-----------	----------------------	-----------	--

* É obrigatório avaliação por Psiquiatra ou Psicólogo.

F – DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: Associação de duas ou mais deficiências.

G – HABILITADO OU REABILITADO*: Pelo Centro de Reabilitação Profissional.

* É obrigatório anexar cópia do Certificado de Habilitação do Deficiente ou Reabilitação Profissional pelo INSS.

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____

Médico Especialista na Área da Deficiência
Assinatura e Carimbo/CRM

Assinatura do(a) Candidato(a)