

**LAUDO DE AVALIAÇÃO
DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL**

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____ Data: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		
Data de Nascimento: / /	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
Identidade nº	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante legal):		
Endereço:		
Bairro:		
Cidade	CEP:	UF:
Fone:	E-mail:	

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no inciso IV do art. 1º da Lei Federal nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995 e alterações posteriores, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
<p>Deficiência física* <input type="checkbox"/></p> <p>Deficiência visual * <input type="checkbox"/></p> <p>*observar as instruções deste Anexo.</p> <p>OBS: É considerada pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta 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, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</p>	<p>Descrição detalhada da deficiência:</p>

Nome: _____ _____
Endereço: _____ _____

<p>_____</p> <p>Assinatura</p> <p>Carimbo e registro do CRM</p>
--

<p>Unidade Emissora do Laudo</p> <p>Identificação: _____</p> <p>CNPJ: _____</p> <p>Nome e CPF do responsável _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do responsável</p>
--