

## 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 Feminino

Identidade nº

Órgão Emissor:

UF:

Mãe:

Pai:

Responsável (Representante legal):

Endereço:

Bairro:

Cidade

CEP:

UF:

Fone:

Email:

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência

Deficiência FÍSICA (\*)

Deficiência VISUAL (\*)

Código Internacional de Doenças - CID-10  
(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

Descrição Detalhada da Deficiência

\*observar as instruções deste anexo.

1. 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 e a incapacidade total ou parcial para dirigir, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplgia, tri paresia, 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.

2. É considerada pessoa portadora de deficiência visual, aquela que apresenta acuidade visual igual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20°, ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

**Nome:**

**UNIDADE EMISSORA DO LAUDO**

**Endereço:**

**Identificação:** \_\_\_\_\_

**CNPJ:** \_\_\_\_\_

**Nome e CPF do responsável:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Assinatura do responsável**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Assinatura**

**Carimbo e registro do CRM**