

"ANEXO II DO DECRETO Nº 0007, DE 03 DE JANEIRO DE 2013.

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)

*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, triplicia, 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.

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. Descrição Detalhada da Deficiência.

Descrição Detalhada da Deficiência

Nome: _____

Endereço: _____

UNIDADE EMISSORA DO LAUDO

Identificação: _____

CNPJ: _____

Nome e CPF do responsável: _____

Assinatura

Carimbo e registro do CRM

Assinatura do responsável