

ANEXO I  
"ANEXO CCXCI

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, 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.

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  
Carimbo e registro do  
CRM

Assinatura do responsável