

**ANEXO II
LAUDO MÉDICO**

1. ESPÉCIE DE DEFICIÊNCIA:

<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva	<input type="checkbox"/> Deficiências Múltiplas
<input type="checkbox"/> Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Deficiência Visual
<input type="checkbox"/> Deficiência Mental	

2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

<input type="checkbox"/> Perda auditiva acima de 70 (setenta) decibéis.
<input type="checkbox"/> outros.

OBS:

3. DEFICIÊNCIA FÍSICA: EXCETO AS DEFORMIDADES ESTÉTICAS:

<input type="checkbox"/> Amputação ou ausência de membro	<input type="checkbox"/> Paralisia cerebral
<input type="checkbox"/> Hemiparesia	<input type="checkbox"/> Paraparesia
<input type="checkbox"/> Hemiplegia	<input type="checkbox"/> Paraplegia
<input type="checkbox"/> Membros com deformidades congênitas ou adquiridas	<input type="checkbox"/> Tetraparesia
<input type="checkbox"/> Monoparesia	<input type="checkbox"/> Tetraplegia
<input type="checkbox"/> Monoplegia	<input type="checkbox"/> Triparesia
<input type="checkbox"/> Nanismo	<input type="checkbox"/> Triplegia
<input type="checkbox"/> Ostomias	

4. DEFICIÊNCIA MENTAL:

<input type="checkbox"/> Funcionamento intelectual significativamente inferior à média originado no período de desenvolvimento, caracterizado por inabilidade de aprendizagem e socialização e as doenças mentais crônicas que incapacitam de reger sua pessoa e seus bens, devidamente comprovados por exame psiquiátrico.
<input type="checkbox"/> Outros.

Especificar as áreas de limitação associadas e habilidades adaptativas:

5. DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS - Especificar a associação de duas ou mais deficiências:

6. DEFICIÊNCIA VISUAL:

- Cegueira total.
- Cegueira Parcial - Acuidade visual menor ou igual a 20/200;
- Cegueira Parcial - Acuidade visual maior ou igual a 1 (um) pela Tabela de Snellen.

7. FAZ USO DE PRÓTESES E/OU ADAPTAÇÕES? () NÃO. () SIM.

Em quais membros/partes do corpo?
8. Descrever o grau ou nível da deficiência constatada (leve, moderado ou alto) e que interferências funcionais são promovidas pela deficiência:
9. Causa ou origem da deficiência constatada:

10. CID da deficiência - Classificação Internacional de Doenças: _____

CONCLUSÃO: Atesto que, _____ CPF n. _____ () está () não está enquadrado (a) na definição do Decreto nº 10.535, de 03 de julho de 2008 e necessita de Acompanhante () SIM () NÃO.

Campo Grande - MS, DE 2017.

**Médico Representante Município
Carimbo com o nome e CRM**

**Médico Representante Concessionária
Carimbo com o nome e CRM**