LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIENCIA

Atesto que _____, CPF _____, é pessoa com deficiência, conforme especificado nos itens 1 a 8 abaixo, estando enquadrada nas definições do art. 2º, *caput* e §1º da Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão-Estatuto da Pessoa com Deficiência - LBI), dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações do Decreto nº 5.296/2004. do art. 1º, §§1º e 2º da Lei nº 12.764/2012, do art.1º da Lei nº 14.126/2021, da Instrução Normativa SIT/MTE nº 98/2012, à luz dos dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009.

1. ( ) DEFICIÊNCIA FÍSICA:
( ) Paraplegia ( ) Paraparesia ( ) Monoplegia ( ) Monoparesia ( ) Tetraplegia
( ) Tetraparesia ( ) Triplegia ( ) Triparesia ( ) Hemiplegia ( ) Hemiparesia
( ) Paralisia cerebral ( ) Ostomias ( ) Amputação ou ausência de membro ( ) Nanismo
( ) Membros com deformidades congênitas ou adquiridas ( ) Outras. Especificar: _____

2. ( )DEFICIÊNCIA VISUAL: anexar exames oftalmológicos de acuidade visual (tabela snellen) e/ou campimetria
( ) Cegueira – Acuidade visual menor ou igual a 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.
( ) Baixa visão – Acuidade visual entre 0,3(20/60) e 0,05(20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.
( ) Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º (especificar a soma dos graus).
( ) Visão Monocular – Lei nº 14.126/2021, Parecer CONJUR nº 444/2011 e Súmula nº 377 STJ. Cegueira legal em um olho, na qual a acuidade visual com a melhor correção ótica é igual ou menor que 0,05 (20/400) ou cegueira declarada por oftalmologista.

3. ( ) DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: anexar laudo psiquiátrico, psicológico ou de profissional de saúde de nível superior, com atuação nessa deficiência.
( ) Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (especificá-las), tais como: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, utilização de recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

4. ( ) DEFICIÊNCIA AUDITIVA: anexar audiometria.
( ) Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz, calculada pela média aritmética em cada um dos ouvidos, separadamente.

5. ( ) DEFICIÊNCIA MENTAL (psicossocial): anexar laudo psiquiátrico, psicológico ou de profissional de saúde de nível superior, com atuação nessa deficiência.
( ) Esquizofrenia ( ) Transtorno do Espectro Autista-Lei nº 12.764/2012 ( )Transtornos psicóticos
( ) Outras: _____
Informar e descrever, detalhadamente, as limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, bem como informar se há outras doenças associadas, data de início das manifestações da doença e outras limitações na vida diária e social, inclusive para habilidades adaptativas.

6.( )DEFICIÊNCIA NA COMUNICAÇÃO (NATUREZA GRAVE): anexar laudo de otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo, detalhando os impedimentos, respectivas gradações, e barreiras enfrentadas
( ) Gagueira – Graus III e IV ( ) Dislexia Grave ( ) Dislalia Grave ( ) Outras (informar): _____

7. ( ) DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: assinalar também os campos relacionados a todas as deficiências observadas.

8. Descrever, detalhadamente, as alterações (impedimentos) nas funções e estruturas do corpo (física[1], auditiva, visual, intelectual, mental-psicossocial e na comunicação). Utilizar folhas adicionais, se necessário.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

[1] Indicar segmentos corporais afetados e todas as restrições de movimentos existentes. Indicar o ângulo e o grau de limitação articular dos segmentos corporais atingidos, o grau de redução de força e/ou da capacidade funcional, tipo de marcha, nível da amputação, etc.

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIENCIA Fl.02

NOME: _____ CPF: _____

9. Relacionar os impedimentos dos itens 1 a 8, com as barreiras atitudinais, arquitetônicas, urbanísticas, tecnológicas, instrumentais, comunicacionais, de transporte, etc enfrentadas pela pessoa com deficiência, detalhando seus fatores psicológicos, pessoais (renda familiar, etc) e socioambientais (interações sociais, dificuldades de acesso à residência, escola, etc). Especificar também as limitações no desempenho de atividades da vida diária (e não para o trabalho) e restrições de participação social decorrentes dos impedimentos apresentados. Informar se necessita de apoios: órteses, próteses, softwares, ajudas técnicas, cuidador, etc.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

9. ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:
( ) Congênita ( ) Acidente/Doença do Trabalho ( ) Doença Comum ( ) Acidente Comum ( ) Adquirida Pós-operatório

10. CID10 (Classificação Internacional de Doenças):_____

Localidade e data: _____

_____
Assinatura do Profissional de Saúde
Registro no Respectivo Conselho/Especialidade

Declaro estar ciente de que estou sendo incluído na cota (reserva legal) de empregados com deficiência e/ou reabilitados da Previdência Social da empresa. Autorizo a divulgação da CID e apresentação do presente Laudo, prontuário médico, incluindo avaliação clínica e exames complementares à Auditoria Fiscal do Trabalho.
Declaro ter recebido cópia do presente laudo caracterizador de deficiência.
Local e Data:

Assinatura do Empregado: _____
_____

Este LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA pode ser emitido pelos seguintes profissionais: Médico do Trabalho e Terapeuta Ocupacional (todas as deficiências), demais médicos (de acordo com as especialidades), Fisioterapeuta (deficiência física), Fonoaudiólogo (deficiência auditiva e comunicacional), Psicólogo (intelectual e mental/psicossocial).