



LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA  
DEFICIÊNCIA FÍSICA

Legislação: Lei 14.260/2003 e alterações: artigo 14, inciso V e alínea "a"  
Instrução nº 26/2008: subitens 5.2.5 e 6.5.1.2.4

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DO EXAME

Local do exame (nome da unidade de saúde):			
CNPJ nº		Nº de registro no SUS:	
Telefones:		Data do exame: ____/____/____	

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (deficiente físico)

NOME:			
CPF:	RG:	UF Emitente:	
SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de nascimento: ____/____/____		

DETALHAMENTO DO PARECER MÉDICO

Atestamos que a pessoa acima identificada, possui a deficiência (\*) física abaixo assinalada, proveniente de \_\_\_\_\_  
 Sequela adquirida ou  congênita, desde  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data inicial da deficiência).

Descrever com detalhes o membro ou segmento do corpo afetado e principais funções físicas comprometidas,

(utilizar verso se necessário) \_\_\_\_\_

Apresentando-se sob a forma de:

- |                                                                         |                                       |                                             |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paraplegia                                     | <input type="checkbox"/> Paraparesia  | <input type="checkbox"/> Monoplegia         | <input type="checkbox"/> Monoparesia                      |
| <input type="checkbox"/> Tetraplegia                                    | <input type="checkbox"/> Tetraparesia | <input type="checkbox"/> Triplegia          | <input type="checkbox"/> Triparesia                       |
| <input type="checkbox"/> Hemiplegia                                     | <input type="checkbox"/> Hemiparesia  | <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral | <input type="checkbox"/> Amputação ou ausência de membros |
| <input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida |                                       |                                             |                                                           |

A(s) alteração(ões) acima ACARRETA(M) O COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO FÍSICA DO **SEGMENTO** AFETADO, REPRESENTANDO UMA PERDA OU ANORMALIDADE QUE GERA INCAPACIDADE (\*\*) PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE, **DENTRO DO PADRÃO CONSIDERADO NORMAL PARA O SER HUMANO**, ainda que de forma parcial, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE CONFORME DECRETO FEDERAL Nº 3298/99, ART. 3º, INCISOS I e III:

(\*) **Deficiência** - toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

(\*\*) **Incapacidade** - uma **REDUÇÃO EFETIVA E ACENTUADA** DA CAPACIDADE DE INTEGRAÇÃO SOCIAL, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

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

As informações acima fazem parte integrante do Laudo de Avaliação - DEFICIÊNCIA FÍSICA, sendo a expressão da verdade, sob as penas da Lei nº 8.137/1990, que trata dos CRIMES CONTRA A ORDEM TRIBUTÁRIA, combinado com as demais sanções legais, em especial o disposto no art. 299 do Código Penal.

Dados do médico:

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Telefone 1: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone 2: ( ) \_\_\_\_\_

Assinatura e indicação do nº do registro do CRM