

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA
DEFICIÊNCIA FÍSICA**

Legislação: Lei 14.260/03 e alterações: art. 14, inciso V e alínea "a"
Instrução n.º 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 n.º		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 o 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
<input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida	<input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores/Especifique: _____		

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 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 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: _____ Telefone1: () _____ Telefone2: () _____

Assinatura e indicação do nº do registro do CRM