

ANEXI I – NPF N. 069/2018
ANEXO II – LAUDO DE AVALIAÇÃO
DEFICIÊNCIA FÍSICA OU VISUAL

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA OU VISUAL			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>	
Identidade n. _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____	
Mãe: _____			
Pai: _____			
Responsável (Representante legal): _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____			
Cidade: _____	CEP: _____	UF: _____	
Fone: _____	E-mail: _____		

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência (*observar as instruções deste anexo): Deficiência Física (*1) Deficiência Visual (*2)		Código Internacional de Doenças CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)	
*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, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparresia, 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 20º, ou ocorrência simultânea de ambas as situações, ou que apresente visão monocular (Lei n. 16.945/2011).		Descrição detalhada da deficiência:	
Nome: _____ Endereço: _____	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM		Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do responsável