

LAUDO DE AVALIAÇÃO**DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL***Serviço Médico/Unidade de Saúde:* _____*Data:* ___/___/___**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES***Nome:**Data de Nascimento:* / /*Sexo:* *Masculino* *Feminino**Identidade nº**Órgão Emissor:**UF:**Mãe:**Pai:**Responsável (Representante legal):**Endereço:**Bairro:**Cidade**CEP:**UF:**Fone:**Email:*

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

*Tipo de Deficiência**Código Internacional de Doenças - CID-10
(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)**Deficiência FÍSICA (*)**Deficiência VISUAL (*)*

*observar as instruções deste anexo.

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, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tri paresia, 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 20°, ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

*Descrição
Detalhada da
Deficiência**Nome:***UNIDADE EMISSORA DO LAUDO**

Endereço:	Identificação: CNPJ: Nome e CPF do responsável:	
<hr/>	<hr/>	
Assinatura Carimbo e registro do CRM	Assinatura do responsável	