

**LAUDO MÉDICO - PESSOA COM DEFICIÊNCIA PERMANENTE / IRREVERSÍVEL (IMPRESSÃO FRENTE E VERSO)**

**DADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Nome/Nome social:		
RG:	CPF*:	Data de Nascimento: / /
CNS:	Telefone*:	

**DADOS DO(A) MÉDICO(A) E UNIDADE DE SAÚDE**

Nome do médico:	CRM:	Especialidade:
Nome da Unidade de Saúde:	Tel.:	
E-mail:	CNES:	
Nome do profissional da Equipe Multiprofissional (se houver):		Registro profissional:

**DIAGNÓSTICO(S)**

CID 10 (Obrigatório)	Diagnóstico	CID 11 (Opcional)	Diagnóstico

**CARACTERIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA**

MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS ( )	DEFICIÊNCIA FÍSICA ( )
<p>Neste caso, assinale as deficiências apresentadas nos quadros:</p> <p>Deficiência física, auditiva, visual, intelectual e/ou TEA, assim como a caracterização de cada uma.</p>	<p>Paraplegia, monoplegia, tetraplegia, triplegia, hemiplegia, paraparesia, monoparesia, tetraparesia ou hemiparesia; amputação; malformação</p> <p><u>Acometimento em:</u> Membro superior / membro inferior / face</p> <p>Lado direito / lado esquerdo / bilateral</p> <p>Nanismo altura (.....)</p> <p>Descreva conforme caracterização acima e aponte as especificidades:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
DEFICIÊNCIA AUDITIVA ( )	DEFICIÊNCIA VISUAL ( )
<p>Perda auditiva bilateral com média audiométrica de 41 db ou mais nas frequências de 500hz, 1.000 hz, 2.000 hz e 4.000hz (OMS 2014)</p> <p>A perda auditiva é do tipo: sensorineural, mista permanente ou condutiva permanente</p> <p>Descreva conforme caracterização acima e aponte as especificidades:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Cegueira:</b> quando os valores de acuidade visual corrigida no melhor olho com a correção óptica é menor do que 0,05 (20/400) ou quando a amplitude do campo visual no melhor olho é menor do que 10° de raio em torno do ponto de fixação, mesmo sem diminuição dos valores de acuidade visual com correção óptica.</p> <p><b>Baixa visão:</b> quando o valor da acuidade visual com a correção óptica no melhor olho é menor do que 0,3 (20/70) e maior ou igual a 0,05 (20/400).</p> <p>Descreva conforme caracterização acima e aponte as especificidades:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL ( )	TEA ( )
<p>Déficit em funções intelectuais relacionados ao raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência (DSM -5)</p> <p>Limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação;</li> <li>• Cuidados pessoais;</li> <li>• Habilidades sociais;</li> <li>• Utilização dos recursos da comunidade;</li> <li>• Saúde e segurança;</li> <li>• Habilidades acadêmicas;</li> <li>• Lazer e trabalho.</li> </ul>	<p><b>Nível 1 de suporte:</b> déficit na comunicação social, com dificuldade para iniciar interações sociais e interesse reduzido nessas interações, associado a inflexibilidade de comportamento; dificuldade em trocar de atividades.</p> <p><b>Nível 2 de suporte:</b> déficit grave nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal, com resposta reduzida ou anormal às interações sociais e contato visual reduzido, associado a inflexibilidade de comportamento, dificuldade em lidar com mudanças; comportamentos repetitivos/restritivos frequentes; sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as atenções.</p> <p><b>Nível 3 de suporte:</b> déficit grave nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal, com grande limitação em dar início às interações sociais e resposta mínima às mesmas interações, associado a inflexibilidade de comportamento; extrema dificuldade em lidar com mudanças; comportamentos repetitivos/restritivos; necessita de muito</p>

Manifestação durante o período do neurodesenvolvimento Descreva conforme caracterização acima e aponte as especificidades: _____ _____ _____	suporte para realizar as atividades de vida diária. Manifestação durante o período do neurodesenvolvimento Descreva conforme caracterização acima e aponte as especificidades: _____ _____ _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LIMITAÇÕES PERMANENTES – ASSINALAR OBRIGATORIAMENTE UMA OU MAIS OPÇÕES DE CADA LIMITAÇÃO	
LIMITAÇÕES FUNCIONAIS	LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO
<p>( ) <b>FUNÇÃO MENTAL:</b> consciência, energia e impulso, memória, linguagem e cálculo.</p> <p>( ) <b>FUNÇÃO INTELECTUAL:</b> Funções necessárias para compreender e integrar de forma construtiva as diferentes funções mentais, incluindo todas as funções cognitivas e seu desenvolvimento.</p> <p>( ) <b>FUNÇÃO SENSORIAL (VISÃO):</b> Funções sensoriais relacionadas com a percepção de luz e forma, tamanho, formato e cor de um estímulo visual.</p> <p>( ) <b>FUNÇÃO SENSORIAL (AUDIÇÃO):</b> Funções sensoriais que permitem perceber sons e discriminar sua localização, intensidade, ruído e qualidade.</p> <p>( ) <b>FUNÇÃO DA VOZ / FALA:</b> funções da produção de sons e da fala.</p> <p>( ) <b>FUNÇÃO NEUROMUSCULOESQUELÉTICA E RELACIONADA AO MOVIMENTO:</b> funções relacionadas ao movimento e à mobilidade, incluindo funções das articulações, ossos, reflexos e músculos.</p> <p>( ) <b>OUTRAS</b> .....</p>	<p>( ) <b>APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO:</b> capacidade de aprender, aplicar o conhecimento aprendido, pensar, resolver problemas e tomar decisões.</p> <p>( ) <b>TAREFAS E DEMANDAS GERAIS:</b> aspectos gerais da execução de uma única ou de várias tarefas, organização de rotinas e superação do estresse.</p> <p>( ) <b>COMUNICAÇÃO:</b> características gerais e específicas da comunicação por meio da linguagem, sinais e símbolos, incluindo a recepção e produção de mensagens, manutenção da conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação.</p> <p>( ) <b>MOBILIDADE:</b> movimento ao mudar o corpo de posição ou de lugar, carregar, mover ou manipular objetos, ao andar, correr ou escalar.</p> <p>( ) <b>CUIDADO PESSOAL:</b> como lavar-se e secar-se, cuidar do próprio corpo, vestir-se, comer e beber e cuidar da própria saúde.</p> <p>( ) <b>VIDA DOMÉSTICA:</b> realização das ações e tarefas domésticas. Incluem moradia, alimento, vestuário e outras necessidades, limpeza e reparos domésticos, cuidar de objetos pessoais e da casa.</p> <p>( ) <b>RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS:</b> realização de ações e condutas que são necessárias para estabelecer com outras pessoas (estranhos, amigos, parentes, familiares), interações pessoais básicas e complexas, de maneira contextual e socialmente adequada.</p> <p>( ) <b>ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA:</b> realização das tarefas e ações necessárias para participar das atividades de educação, de trabalho, no emprego e nas transações econômicas.</p> <p>( ) <b>VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA</b></p>

**DESCRIÇÃO DETALHADA E LEGÍVEL DA HISTÓRIA PATOLÓGICA, CONTENDO OBRIGATORIAMENTE OS ACHADOS CLÍNICOS E/OU PSÍQUICOS PERMANENTES, OS EXAMES REALIZADOS, AS SEQUELAS IDENTIFICADAS, A TERAPÊUTICA VIGENTE E OS COMPROMETIMENTOS FUNCIONAIS EXISTENTES E NÃO PASSÍVEIS DE CORREÇÃO.**


**Atesto que:**

- A deficiência apresentada é ( ) Congênita ( ) Adquirida, sendo classificada como ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Física ( ) Intelectual ( ) TEA ( ) Múltipla e foi identificada há ..... (informar o tempo da deficiência);
- A deficiência é permanente e irreversível, não podendo ser resolvida por meio de cirurgia ou tratamentos;
- Para os fins do disposto na Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 (Código de Ética Médica), e no art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), **as informações constantes deste LAUDO, por mim subscrito, referente ao paciente identificado em epígrafe, são expressões da verdade.**

_____ Assinatura do (a) médico (a) e carimbo com nome e CRM legíveis	_____ Assinatura da Equipe Multiprofissional (se houver) e carimbo com nome e registro no Conselho	Data de emissão: ____/____/____
-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

Declaro, para os devidos fins, que estou de acordo com o laudo emitido.	
_____ Nome da pessoa com deficiência/representante legal	_____ Assinatura