**LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA**
**De acordo com os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei 13.146/2015, Lei 12764/12, Decreto 3.298/1999 e da Instrução Normativa SIT/ MTE n.º 98 de 15/08/2012.**

| **Nome:** | **CPF:** |
|---|---|

**CID:** **Origem da deficiência:**
☐ Congênita ☐ Acid./Doença do. trabalho ☐ Acid. comum ☐ Doença comum ☐ Adquirida pós operatório

**Descrição <u>detalhada</u> dos impedimentos (alterações) nas funções e estruturas do corpo (física, auditiva, visual, intelectual e mental - psicossocial). Utilizar folhas adicionais, se necessário. Adicionar as informações e exames complementares solicitados abaixo para cada tipo de deficiência.**

**Descrição das limitações no desempenho de atividades da vida diária e restrições de participação social, (informar se necessita de apoios – órteses, próteses, softwares, ajudas técnicas, cuidador etc.). Utilizar folhas adicionais, se necessário.**

☐ **I- Deficiência Física** - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, <u>acarretando o comprometimento da função física</u>, apresentando-se sob a forma de:
☐ paraplegia ☐ paraparesia
☐ monoplegia ☐ monoparesia
☐ tetraplegia ☐ tetraparesia
☐ triplegia ☐ triparesia
☐ hemiplegia ☐ hemiparesia
☐ ostomia ☐ amputação ou ausência de membro
☐ paralisia cerebral
☐ membros com deformidade congênita ou adquirida
☐ nanismo (altura: _____)
☐ outras - especificar: _____
_____

☐ **II- Deficiência Auditiva** - perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz
**<u>Obs: Anexar audiograma</u>**

☐ **III- Deficiência Visual**
( ) cegueira - acuidade visual ≤ 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
( ) baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
( ) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º
**<u>Obs: Anexar laudo oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório do campo visual em graus.</u>**

☐ **III a- Visão Monocular-** conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira legal em um olho, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) (ou cegueira declarada por oftalmologista).
Obs: Anexar laudo oftalmológico

☐ **IV- Deficiência Intelectual**- funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como:
☐ a) - Comunicação;
☐ b) - Cuidado pessoal;
☐ c) - Habilidades sociais;
☐ d) - Utilização de recursos da comunidade;
☐ e) - Saúde e segurança;
☐ f) - Habilidades acadêmicas;
☐ g) - Lazer;
☐ h) - Trabalho.
**<u>Obs: Anexar laudo do especialista.</u>**

☐ **IV a- Deficiência Mental** – Psicossocial – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, Transtornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (<u>Informar no campo descritivo se há outras doenças, data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas</u>).
**<u>Obs: Anexar laudo do especialista</u>**

☐ **IV b- Deficiência Mental** – Lei 12764/2012 – Espectro Autista **<u>Obs: Anexar laudo do especialista.</u>**

☐ **V- Deficiência Múltipla** - associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima)

**Conclusão:** A pessoa está enquadrada nas definições do artigo 2º, da Lei nº 13.146/2015-Lei Brasileira de Inclusão-Estatuto da Pessoa com Deficiência; dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações do Dec. 5296/2004; do artigo 1º, §2º, da Lei nº 12.764/2012, Parecer CONJUR 444/11, das recomendações da IN 98/SIT/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, promulgada pelo Decreto n°. 6.949/2009.

| Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior da área da saúde/Especialidade | Data: |
|---|---|

| Estou ciente de que estou sendo enquadrado na cota de pessoas com Deficiência /reabilitados da empresa. Autorizo a apresentação deste Laudo e exames ao Ministério do Trabalho. | Assinatura do empregado |
|---|---|