



ANEXO IV

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIENCIA

Atesto que _____ está enquadrado na definição dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com alterações introduzidas pelo artigo 70, do Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.

1. () DEFICIÊNCIA FÍSICA:

- () Paraplegia () Paraparesia () Monoplegia () Monoparesia () Tetraplegia
() Tetraparesia () Triplegia () Triparesia () Hemiplegia () Hemiparesia
() Paralisia cerebral () Ostomias () Amputação ou ausência de membro () Nanismo
() Membros com deformidades congênicas ou adquiridas () Outras. Especificar: _____

2. () DEFICIÊNCIA VISUAL (Anexar exame oftalmológico):

- () Cegueira – Acuidade visual menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
() Baixa visão – Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
() Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.
() Visão Monocular – Súmula 377 STJ

3. () DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (Anexar parecer/avaliação psicológico e laudo psiquiátrico)

- () Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação, Cuidados pessoais, Habilidades sociais, Utilização de recursos da comunidade, Saúde e Segurança, Habilidades acadêmicas, Lazer e Trabalho.

4. () DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Anexar audiometria):

- () Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma (anexo) nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.

Em caso de deficiências múltiplas, assinalar os campos correspondentes às respectivas deficiências.

5. ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:

- () Congênita () Doença () Pós-operatório () Acidente Comum () Acidente de Trabalho

6. Descrever a deficiência, conforme recomendações anexas:

7. Descrever as limitações corporais, conforme recomendações anexas

8. CID da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças): _____

Localidade e data: _____

Assinatura/CRM/Especialidade

Declaro estar ciente de que estou sendo incluído nas cotas legais de **empregados com deficiência e/ou reabilitados do INSS** a que se referem o artigo 93, da Lei nº 8.213/1991 e os artigos 3º e 4º, do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações introduzidas pelo artigo 70, do Decreto nº 5.296/2004.

Autorizo a divulgação da CID e apresentação do presente Laudo, prontuário médico, incluindo avaliação clínica e exames complementares à Fiscalização do Trabalho do **Ministério do Trabalho e Emprego**.

Local e Data:

Assinatura do Empregado : _____