

ANEXO IV

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

Atesto que _____, CPF _____, é **pessoa com deficiência**, conforme especificado nos itens 1 a 8 abaixo, estando enquadrada nas definições do art. 2º, *caput* e §1º da Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão-Estatuto da Pessoa com Deficiência - LBI), dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações do Decreto nº 5.296/2004, do art. 1º, §§1º e 2º da Lei nº 12.764/2012, do art.1º da Lei nº 14.126/2021, da Instrução Normativa SIT/MTE nº 98/2012, à luz dos dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009.

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 exames oftalmológicos de acuidade visual (tabela snellen) e/ou campimetria**

- () Cegueira – Acuidade visual menor ou igual a 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 (especificar a soma dos graus).
() Visão Monocular – Lei nº 14.126/2021, Parecer CONJUR nº 444/2011 e Súmula nº 377 STJ. Cegueira legal em um olho, na qual a acuidade visual com a melhor correção ótica é igual ou menor que 0,05 (20/400) ou cegueira declarada por oftalmologista.

3. () **DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: anexar laudo psiquiátrico, psicológico ou de profissional de saúde de nível superior, com atuação nessa deficiência.**

- () Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (especificá-las), 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 nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz, calculada pela média aritmética em cada um dos ouvidos, separadamente.

5. () **DEFICIÊNCIA MENTAL (psicossocial): anexar laudo psiquiátrico, psicológico ou de profissional de saúde de nível superior, com atuação nessa deficiência.**

- () Esquizofrenia () Transtorno do Espectro Autista-Lei nº 12.764/2012 () Transtornos psicóticos
() Outras: _____

Informar e descrever, detalhadamente, as limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, bem como informar se há outras doenças associadas, data de início das manifestações da doença e outras limitações na vida diária e social, inclusive para habilidades adaptativas.

6. () **DEFICIÊNCIA NA COMUNICAÇÃO (NATUREZA GRAVE): anexar laudo de otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo, detalhando os impedimentos, respectivas gradações, e barreiras enfrentadas**

- () Gagueira – Graus III e IV () Dislexia Grave () Dislalia Grave () Outras (informar): _____

7. () **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: assinalar também os campos relacionados a todas as deficiências observadas.**

8. **Descrever, detalhadamente, as alterações (impedimentos) nas funções e estruturas do corpo (física¹, auditiva, visual, intelectual, mental-psicossocial e na comunicação). Utilizar folhas adicionais, se necessário.**

¹ Indicar segmentos corporais afetados e todas as restrições de movimentos existentes. Indicar o ângulo e o grau de limitação articular dos segmentos corporais atingidos, o grau de redução de força e/ou da capacidade funcional, tipo de marcha, nível da amputação, etc.



LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIENCIA

F1.02

NOME: _____ CPF: _____

9. Relacionar os impedimentos dos itens 1 a 8, com as barreiras atitudinais, arquitetônicas, urbanísticas, tecnológicas, instrumentais, comunicacionais, de transporte, etc enfrentadas pela pessoa com deficiência, detalhando seus fatores psicológicos, pessoais (renda familiar, etc) e socioambientais (interações sociais, dificuldades de acesso à residência, escola, etc). Especificar também as limitações no desempenho de atividades da **vida diária (e não para o trabalho)** e restrições de participação social decorrentes dos impedimentos apresentados. Informar se necessita de apoios: órteses, próteses, softwares, ajudas técnicas, cuidador, etc.

9. ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:

() Congênita () Acidente/Doença do Trabalho () Doença Comum () Acidente Comum () Adquirida Pós-operatório

10. CID10 (Classificação Internacional de Doenças): _____

Localidade e data: _____

Assinatura do Profissional de Saúde
Registro no Respectivo Conselho/Especialidade

Declaro estar ciente de que estou sendo incluído na cota (reserva legal) de **empregados com deficiência e/ou reabilitados da Previdência Social** da empresa. Autorizo a divulgação da CID e apresentação do presente Laudo, prontuário médico, incluindo avaliação clínica e exames complementares à Auditoria Fiscal do Trabalho.

Declaro ter recebido cópia do presente laudo caracterizador de deficiência.

Local e Data:

Assinatura do Empregado: _____

Este LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA pode ser emitido pelos seguintes profissionais: Médico do Trabalho e Terapeuta Ocupacional (todas as deficiências), demais médicos (de acordo com as especialidades), Fisioterapeuta (deficiência física), Fonoaudiólogo (deficiência auditiva e comunicacional), Psicólogo (intelectual e mental/psicossocial).

