

# LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIENCIA

Atesto que \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ está enquadrado na definição do art. 2º, *caput* e §1º da Lei nº 13.146/2015 (LBI - Lei Brasileira de Inclusão), dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/ 1999, do art. 1º, §1º e §2º da Lei nº 12.764/2012, e à luz dos dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009, e recomendações expressas na IN 98, de 15/08/2012.

## 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.

## 5. ( ) DEFICIÊNCIA MENTAL (psicossocial) – (Anexar laudo psiquiátrico, psicológico ou de profissional de nível superior da área de saúde habilitado nessa deficiência)

- ( ) Esquizofrenia      ( ) Transtorno do Espectro Autista      ( ) Transtornos de humor com Psicoses.  
Informar a CID [        ] e descrever, **detalhadamente**, as limitações funcionais na vida diária e social, se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença.

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

## 6. ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:

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

## 7. Descrever, detalhadamente, as alterações (impedimentos) nas funções e estruturas do corpo (física, auditiva, visual, intelectual e mental-psicossocial).

(Utilizar folhas adicionais, se necessário. Adicionar as informações a exames complementares solicitados para cada tipo de deficiência)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIENCIA

F1.02

NOME: \_\_\_\_\_

**8. Descrever, detalhadamente, as 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)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**9. CID10 da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças):** \_\_\_\_\_

Localidade e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Registro no Respectivo Conselho/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 e Lei nº 13.146/2015, art.2º, *caput*.

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 : \_\_\_\_\_