



ANEXO III

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 : _____