

ANEXO IX



**MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO
DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL**

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____

Data: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		
Data de Nascimento: / /	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
Identidade nº	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante legal):		
Endereço:		
Bairro:		
Cidade	CEP:	UF:
Fone:	Email:	

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no inciso IV do art. 1º da lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995 e alterações posteriores, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
DEFICIÊNCIA FÍSICA* <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA VISUAL* <input type="checkbox"/> *OBSERVAR AS INSTRUÇÕES DESTES ANEXOS. OBS: É CONSIDERADA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA AQUELA QUE APRESENTA ALTERAÇÃO COMPLETA OU PARCIAL DE UM OU MAIS SEGMENTOS DO CORPO HUMANO, ACARRETANDO O COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO FÍSICA, APRESENTANDO-SE SOB A FORMA DE PARAPLEGIA, PARAPARESIA, MONOPLEGIA, MONOPARESIA, TETRAPLEGIA, TETRAPARESIA, TRIPLEGIA, TRIPARESIA, HEMIPLEGIA, HEMIPARESIA, AMPUTAÇÃO OU AUSÊNCIA DE MEMBRO, PARALISIA CEREBRAL, MEMBROS COM DEFORMIDADE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA, EXCETO AS DEFORMIDADES ESTÉTICAS E AS QUE NÃO PRODUZAM DIFICULDADES PARA O DESEMPENHO DE FUNÇÕES	CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários) Descrição detalhada da deficiência:

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM
Nome: _____ _____ Endereço: _____ _____

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM
Nome: _____ _____ Endereço: _____ _____

Unidade Emissora do Laudo
Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do responsável

INSTRUÇÕES DO ANEXO IX

NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA O BENEFÍCIO PREVISTO NA LEI Nº 8.989, DE 24 /02/1995.

DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL (1)

(Definições de acordo com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e CID-10)

DEFINIÇÕES

I – deficiência física – É considerada pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

II – deficiência visual – acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

(1) Observação: A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência.