

Anexo I – Modelo de Laudo

Instruções de preenchimento

O laudo descritivo da avaliação clínica e de funcionalidade da PcD para o trabalho deve ser conclusivo, considerar avaliações dos profissionais especializados e /ou equipe multidisciplinar, baseado na legislação vigente e em conformidade com os preceitos éticos e legais. Deve conter, minimamente, as seguintes informações:

- Objetivo do exame (Título do Laudo);
- Identificação da pessoa com deficiência, com nome e documento de identidade e o CPF;
- Função;
- Identificação da deficiência (nesta etapa, recomenda-se seguir o descrito no item B do documento), com o registro do tipo de deficiência;
- Origem da deficiência: acidente de trabalho, congênita, adquirida, acidente não relacionado ao trabalho, doença;
- CID que determina a limitação funcional responsável pela deficiência. No caso de existir mais de um, cita-se o principal;
- Descrição detalhada das alterações fisiológicas apresentadas nos órgãos e sistemas causadas pela deficiência;
- Descrição das limitações funcionais para as atividades do cotidiano e de apoios que auxiliam a pessoa;
- Análise de documentação apresentada pelo examinado;
- Órteses, próteses e recursos habitualmente usados pelo examinado;
- Recomendações de acessibilidade, adaptação do trabalho e do ambiente;
- Data;
- Ciência e autorização da PcD, autorizando a divulgação do laudo ao Ministério do Trabalho e assinatura;
- Identificação do Profissional de saúde avaliador, com seu respectivo número de inscrição no conselho, carimbo e assinatura.

LAUDO DESCRITIVO CARACTERIZADOR DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA PARA O TRABALHO

Referências: Decreto 3.298/1999; Instrução Normativa SIT/ MTE n.º 98 de 15/08/2012, Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015, Decreto 5.296/04, Decreto 3048/1999, Súmula 377 do STJ e CONJUR/MTE 444/11, Lei 12.764/2012.

Nome:

Data de Nascimento:

R.G.:

CPF:

Função:

Deficiência:

Física

Auditiva (incluir audiometria)

Deficiência visual*

Visão Monocular*

Deficiência Intelectual*

Deficiência Mental*

Deficiência Mental* – espectro autista

Deficiência múltipla

*Para esta caracterização é necessário anexar o laudo do especialista

Origem da deficiência:

Congênita

Doença

Acidente comum*

Acidente de Trabalho*

Após intervenção cirúrgica*

*Citar o ano da ocorrência:

CID:

Descrição detalhada das alterações fisiológicas apresentadas nos órgãos / sistemas causadas pela deficiência:

Descrição das limitações funcionais para as atividades do cotidiano e de apoios que auxiliam a pessoa, bem como uso de órteses, próteses e recursos:

Recomendações de acessibilidade, adaptação do trabalho e do ambiente:

Local e data:

Estou ciente de que estou sendo caracterizado como Pessoa com Deficiência (PcD) para compor o quadro de PcD/reabilitados da empresa. Autorizo a apresentação deste Laudo, relatórios médicos e exames destinados a este fim ao Ministério do Trabalho e Emprego.

Identificação:

Assinatura:

Médico avaliador:

Assinatura:

