TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

DECLARAÇÃO MÉDICA DE DEFICIÊNCIA PERMANENTE

NOME:_____

CPF:_____ DATA DE NASCIMENTO:_____/_____/_____

Tipo de deficiência:
( ) Física
( ) Auditiva
( ) Visual
(•) Mental (intelectual/congnitiva)

CID:_____

---

a) A definição de pessoa portadora de deficiência física, auditiva, visual, mental, deficiência múltipla encontra- se nos termos do aludido Decreto nº 5.296/04, o qual regulamenta as leis federais nº 10.048/00 e 10.098/00. Leia- se:

"**I deficiência física:** é a 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, ostomia, amputação ou ausência de membro,paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções ;

II deficiência auditiva: é a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

III deficiência visual: é a cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores; "

IV deficiência mental (intelectual/cognitiva): é o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1.comunicação;
2.cuidado pessoal;
3.habilidades sociais;
4.utilização dos recursos da comunidade;
5.saúde e segurança;
6.habilidades acadêmicas;
7.lazer; e
8.trabalho;"

_____
ASSINATURA E CARIMBO
DO MÉDICO COM CRM

Toledo,_____de_____de 2021.

NÃO SERÃO ACEITAS:
1 - Declarações sem assinatura e carimbo do médico;
2 - Cópia da Declaração (somente original).
3 - Declarações cuja deficiência permanente não esteja indicada na mesma.

A presente Declaração será retida quando da aplicação da primeira dose vacinal para fins de averiguação.