

ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Requerente: _____

Local do Exame: _____ Data: ____/____/____

Atestamos, que o requerente acima qualificado, que se identificou, possui a deficiência e a incapacidade permanente abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (artigo 4º do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo artigo 70 do Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004).

Observação: A deficiência e a incapacidade permanente devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência, anexando-se os respectivos exames complementares.

OBRIGATÓRIO APRESENTAR NO VERSO, RELATÓRIO MÉDICO COM HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.

APRESENTAR NO VERSO, DECLARAÇÃO DA IMPRESCINDIBILIDADE DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE PARA LOCOMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO, SE HOUVER NECESSIDADE.

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações abaixo são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

Tipo de Deficiência		CID 10 Obrigatório indicar conforme definição															
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA FÍSICA – 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, triplicia, 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.																
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA AUDITIVA – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma na MÉDIA das frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz; <table border="1"> <thead> <tr> <th>FREQUÊNCIAS:</th> <th>500Hz</th> <th>1.000Hz</th> <th>2.000Hz</th> <th>3.000Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ouvido Direito:</td> <td>=.....dB</td> <td>=.....dB</td> <td>=.....dB</td> <td>=.....dB</td> </tr> <tr> <td>Ouvido Esquerdo:</td> <td>=.....dB</td> <td>=.....dB</td> <td>=.....dB</td> <td>=.....dB</td> </tr> </tbody> </table>	FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz	Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB	Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB	
FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz													
Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB													
Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB													
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA VISUAL – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 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 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. <table border="1"> <thead> <tr> <th>DEFICIÊNCIA VISUAL</th> <th>Olho Direito</th> <th>Olho Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Acuidade Visual:</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Campo Visual:</td> <td>.....°</td> <td>.....°</td> </tr> </tbody> </table>	DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo	Acuidade Visual:	Campo Visual:°°							
DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo															
Acuidade Visual:															
Campo Visual:°°															
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA MENTAL – 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: a)comunicação, b)cuidado pessoal, c)habilidades sociais, d)utilização dos recursos da comunidade, e)saúde e segurança, f) habilidades acadêmicas, g)lazer e h)trabalho. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h																
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA																
Assinatura:		Assinatura:															
OBRIGATÓRIA ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS SENDO UM MÉDICO COM ESPECIALIDADE NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA																	
Carimbo e Registro Profissional		Carimbo e Registro no CRM															

RELATÓRIO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Requerente: _____

Local do exame: _____ Data: ____/____/____

Apresentamos, para a finalidade de concessão de benefício do Programa Minha Casa Minha Vida, o relatório médico e o histórico da deficiência e da incapacidade permanente do requerente acima qualificado.

Observação:

1. O RELATÓRIO DEVERÁ CARACTERIZAR A INCAPACIDADE PERMANENTE LEVANDO EM CONTA AS DEFINIÇÕES E INFORMAR O HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.

2. DECLARAR A IMPRESCINDIBILIDADE DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE PARA LOCOMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO, SE HOVER NECESSIDADE.

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações abaixo são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

Relatório Médico e Histórico da Deficiência

--	--

Assinatura:

Assinatura:

OBRIGATÓRIA ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS SENDO UM MÉDICO COM ESPECIALIDADE NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA

Carimbo e Registro Profissional

Carimbo e Registro no CRM