

FORMULÁRIO DE LAUDO MÉDICO PARA PCDs
RANKING PREFEITURA DE JUIZ DE FORA DE CORRIDAS DE RUA
Secretaria de Esporte e Lazer

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Requerente	CPF
Local de Atendimento	Data do Atendimento
	/ /

TIPO DE DEFICIÊNCIA	DESCRIÇÃO	CID
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, monoplegia, monoparesia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho das funções	
AUDITIVA	Perda bilateral, parcial, ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais , aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ. Equipara-se à pessoa com deficiência auditiva, as pessoas com surdez unilateral em grau de severa ou profunda, maior de 70 decibéis (dB) .	
VISUAL	CEGUEIRA , a qual a acuidade visual é igual ou menor de 0,05 no melhor olho , com a melhor correção óptica; BAIXA VISÃO , que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho , com melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida dos campos visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60 graus ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. Equipara-se à pessoa com DEFICIÊNCIA VISUAL , as pessoas com cegueira total monocular .	
INTELLECTUAL	Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 (dezoito) anos e limitações a 02 (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.	

Em caso de TRATAMENTO PREVENTIVO, INFORMAR:

PESSOA COM DEFICIÊNCIA TEMPORÁRIA	TEMPO DE <u>TRATAMENTO PREVENTIVO</u> (Máximo 6 meses) () 1 Mês () 2 Meses () 3 Meses () 4 Meses () 5 Meses () 6 Meses
--	---

[illegible]

() SIM () NÃO

Assinatura / Carimbo com Registro no CRM do (a) **MÉDICO (A)**

[illegible]

Assinatura / Carimbo do (a) Responsável pela **SEDH / DPDH**

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.