

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)

I - Dados pessoais				
Nome: _____				
RG: _____		CPF: _____		
II - Dados funcionais				
Cargo: Estagiário				
III - Caracterização da Deficiência				
A caracterização de Pessoa com Deficiência (PcD) está fundamentada no Decreto 5.296, de 02 de dezembro de 2004 e Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Abaixo segue identificação da deficiência:				
ORIGEM DA DEFICIÊNCIA				
<input type="checkbox"/> Congênita <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Adquirida em pós-operatório <input type="checkbox"/> Acidente Comum <input type="checkbox"/> Doença				
CID: _____				
DESCRIÇÃO DA INCAPACIDADE FUNCIONAL: (Parte do corpo afetada, descrição detalhada da deficiência, especificação das limitações às atividades diárias e adaptações necessárias)				
FÍSICA				
<input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> Paraparesia	<input type="checkbox"/> Monoplegia	<input type="checkbox"/> Tetraplegia	<input type="checkbox"/> Tetraparesia
<input type="checkbox"/> Triplegia	<input type="checkbox"/> Monoparesia	<input type="checkbox"/> Triparesia	<input type="checkbox"/> Hemiplegia	<input type="checkbox"/> Hemiparesia
<input type="checkbox"/> Ostomia	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Ausência de membro	<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral	<input type="checkbox"/> Nanismo – Alt ____
<input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita: Discrepância ____ cm <input type="checkbox"/> Membros com deformidade adquirida: Discrepância ____ cm				
<input type="checkbox"/> Não ocorre enquadramento				
AUDITIVA (anexar audiometria)				
<input type="checkbox"/> Perda bilateral parcial ou total de quarenta e um decibéis ou mais aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz. (Súmula 552 STJ/ 2015)				
Data do exame:				
Frequências:	500 Hz	1.000 Hz	2.000 Hz	3.000 Hz
Ouvido Direito:				
Ouvido Esquerdo:				
<input type="checkbox"/> Não ocorre enquadramento				

VISUAL (anexar laudo do especialista)

- Cegueira - Acuidade visual igual ou menor 0,05 melhor olho e melhor correção
 Baixa Visão - Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 melhor olho e melhor correção
 Somatório da medida do campo visual nos dois olhos igual ou menor que 60°
 Visão Monocular (Súmula 377 STJ/2009)

Deficiência Visual	Olho Direito	Olho Esquerdo
Acuidade Visual		
Campo Visual		

- Não ocorre enquadramento

INTELLECTUAL OU MENTAL (anexar laudo do especialista)

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comunicação | <input type="checkbox"/> Cuidado Pessoal | <input type="checkbox"/> Lazer |
| <input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas | <input type="checkbox"/> Trabalho | <input type="checkbox"/> Saúde e segurança |
| <input type="checkbox"/> Utilização da comunidade | <input type="checkbox"/> Habilidades sociais | |

- Espectro autista (Lei 12.764/2012, art. 1º §2º)
 Não ocorre enquadramento

MÚLTIPLA

- Não ocorre enquadramento

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

- Não ocorre enquadramento

RECOMENDAÇÕES DE ACESSIBILIDADE, ADAPTAÇÃO DO TRABALHO E DO AMBIENTE:

- Não são necessárias adaptações

Nome e CRM do médico (legíveis)

Estou de acordo com a minha inclusão como Pessoa com Deficiência e autorizo o uso desse atestado em instâncias administrativas.

Assinatura do Candidato: _____

Recebi 2º via desse atestado

Assinatura do Candidato: _____