AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL – PCD
PARA CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE DEFICIÊNCIA

DADOS FUNCIONAIS:

NOME:		**CPF:**
E-MAIL:		**TELEFONE/CELULAR:**
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
BAIRRO:	**CIDADE:**	**CEP:**
CARGO/FUNÇÃO:		**MATRÍCULA:**
SECRETARIA:		
UNIDADE DE LOTAÇÃO:		
DESTINATÁRIO:		

É IMPRESCINDÍVEL A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS ABAIXO E ANEXÁ-LOS AO PROCESSO

- Preenchimento dos dados acima;
- Documentos pessoais: Identidade, CPF, Comprovante de Endereço;
- Decreto de Nomeação;
- Exames complementares recentes, preferencialmente dos últimos 03 meses, que comprovem a deficiência e suas limitações, conforme **ANEXO I - CHECK LIST**;
- Laudos médicos atualizados, preferencialmente dos últimos 03 meses, conforme especialidades listadas no **ANEXO I - CHECK LIST**;
- Os laudos médicos devem ser preenchidos pelo seu médico e seguir o modelo **ANEXO II - LAUDO MÉDICO**.

A T E N Ç Ã O !

1. **Aguardar agendamento da avaliação biopsicossocial pela Junta Médica.**
2. **Comparecer à avaliação com todos os documentos originais.**

D E C L A R A Ç Ã O

( ) Solicito a abertura de processo administrativo de Avaliação Biopsicossocial, conforme legislação vigente: Lei nº 13.146/2015, Decreto nº 10.410/2020, Decreto nº 3.298/1999 (com alterações do Decreto nº 5.296/2004), e Portaria Conjunta MTP/MS nº 22/2022, para fins de caracterização do grau de deficiência perante esta Junta Médica Oficial.

Declaro que apresento limitações funcionais que impactam minha participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas, conforme previsto na legislação federal.

Estou ciente das orientações descritas acima para abertura do processo.

OBSERVAÇÃO:

_____

_____

ANÁPOLIS, _____ DE _____ 20_____

_____

ASSINATURA DO REQUERENTE

ANEXO I – CHECK LIST

AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL PARA CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE DEFICIÊNCIA

(Laudos e Exames Complementares a serem anexados ao Processo)

NOME:	**CPF:**
E-MAIL:	**TELEFONE/CELULAR:**
CARGO/FUNÇÃO:	**MATRÍCULA:**
UNIDADE DE LOTAÇÃO:	
TIPO DE DEFICIÊNCIA:	**DATA:**

TIPO DE DEFICIÊNCIA	ESPECIALIDADES - LAUDOS E EXAMES
Deficiência auditiva	1) [ ] Laudo médico (otorrinolaringologista), conforme ANEXO II; e 2) Exames complementares: [ ] Audiometria Tonal: [ ] Audiometria Vocal.
Deficiência visual	1) [ ] Laudo médico (oftalmologista), conforme ANEXO II; e 2) Exames complementares: [ ] Acuidade visual corrigida. [ ] Refração. [ ] Campimetria computadorizada. 3) E outros exames quando necessário: [ ] OCT. [ ] Retinografia. [ ] Angiografia fluoresceínica. [ ] Potencial visual evocado.
Deficiência intelectual	1) [ ] Laudo médico (neurologista ou psiquiatra), conforme ANEXO II; e 2) [ ] Avaliação neuropsicológica.
Deficiência Física	1) [ ] Laudo médico (ortopedista ou neurologista), conforme ANEXO II; e 2) [ ] Relatório de Fisioterapeuta; e 3) Exames complementares, conforme abaixo: 3.1) Paralisia: Exames de imagem [ ] Tomografia Computadorizada (TC). [ ] Ressonância Magnética (RM) da área afetada. [ ] Eletroneuromiografia (ENMG). 3.2) Amputações: [ ] Documentação cirúrgica. [ ] Avaliação protética. 3.3) Lesões de nervos: [ ] ENMG. [ ] RM quando indicada.

	3.4) Doenças neuromusculares: [ ] ENMG. [ ] CPK. [ ] Biópsia muscular (quando existente). [ ] Testes genéticos. [ ] RM muscular. 3.5) Artrites e doenças reumatológicas incapacitantes: [ ] RX. [ ] RM. [ ] Ultrassom articular. [ ] PCR. [ ] VHS. [ ] FAN. [ ] Anti-CCP. [ ] Fator reumatoide. [ ] HLA-B27 conforme suspeita. 3.6) Doenças Degenerativas: [ ] RM. [ ] ENMG (ELA). [ ] Potenciais evocados. [ ] Líquor (EM). [ ] Escalas específicas (EDSS, Hoehn & Yahr, ALSFRS-R).
Deficiência Mental/Psicossocial, Transtorno do Espectro Autista e Síndromes Epilépticas	1) [ ] Laudo médico (psiquiatra), conforme ANEXO II; e 2) [ ] Avaliação neuropsicológica; e 3) Exames complementares: [ ] Eletroencefalograma (para Síndromes Epiléticas). [ ] Ressonância Magnética de Crânio (para Síndromes Epilépticas).
Nanismo	1) [ ] Laudo médico (ortopedista), conforme ANEXO II; e 2) Exames Complementares: [ ] Radiografias. [ ] Avaliação genética. [ ] Exames hormonais quando indicados.
Ostomias	1) [ ] Laudo médico, conforme ANEXO II.
Fibromialgia	1) Laudos médicos, conforme ANEXO II: [ ] Reumatologista (de preferência) ou [ ] Ortopedista; e [ ] Psiquiatra.

OBS: A quantidade de documentos (laudo, relatório, exames) vai depender do Tipo de deficiência.
Ex: No caso de DEFICIÊNCIA FÍSICA, será necessário apresentar as 3 opções:

- 1 Laudo Médico no modelo do ANEXO II; e
- 1 Relatório do Fisioterapeuta; e
- Exames complementares, em caso de paralisia, como:
  - ✓ Tomografia Computadorizada (TC); e/ou
  - ✓ Ressonância Magnética(RM); e/ou
  - ✓ Eletroneuromiografia (ENMG).

ANEXO II – LAUDO MÉDICO
(Deverá ser preenchido 1 para cada especialidade médica elencada em cada tipo de deficiência conforme listagem do Anexo I)

LAUDO MÉDICO POR ESPECIALIDADE

1. Especialidade

_____

2. Identificação

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / _____ CPF: _____

CID: _____

3. Descrição clínica detalhada:

- Nome da Doença (com CID): _____

_____

- Data de início da doença: _____
- Evolução da doença: _____

_____

_____

_____

_____

- Tratamentos realizados: _____

_____

_____

_____

- A condição é: ( ) permanente ( ) temporária ( ) progressiva ( ) estável
- Origem da Deficiência: ( ) Congênita ( ) Acidente/Doença do Trabalho ( ) Acidente Comum ( ) Doença comum ( ) Adquirida pós-operatório
- Em caso de deficiência visual: ( ) não se aplica

Acuidade visual com a melhor correção óptica: _____

Somatório de campo visual em graus: _____

- Em caso de nanismo: ( ) não se aplica. Estatura: _____
- Descrição detalhada dos impedimentos (alterações) nas funções e estruturas do corpo (física, auditiva, visual, intelectual e mental - psicossocial). Utilizar folhas adicionais, se necessário: _____

_____

_____

_____

_____

_____

• Descrição das limitações no desempenho de atividades da vida diária, trabalho e restrições de participação social, comunicação, lazer, cuidado pessoal, saúde e segurança, habilidades acadêmicas e sociais, utilização dos recursos da comunidade e informar se necessita de apoios – órteses, próteses, softwares, ajudas técnicas, cuidador etc..Utilizar folhas adicionais, se necessário.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Local e data: _____

Assinatura e carimbo do médico: