



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL – 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**;
- Laudos médicos atualizados, preferencialmente dos últimos 03 meses, conforme especialidades listadas no **ANEXO I**;
- Os laudos médicos devem ser preenchidos pelo seu médico e seguir o modelo **ANEXO II - LAUDO MÉDICO**.

ATENÇÃO!

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

ANEXO I
LAUDOS E EXAMES COMPLEMENTARES A SEREM ANEXADOS NO PROCESSO

TIPO DE DEFICIÊNCIA	LAUDOS E EXAMES
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) e/ou Ressonância Magnética(RM) da área afetada e Eletroencefalografia (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, líquido (EM), escalas específicas (EDSS, Hoehn & Yahr, ALSFRS-R).
Deficiência auditiva	1) Laudo médico (otorrinolaringologista), conforme ANEXO II; e 2) Audiometria tonal e vocal.
Deficiência visual	1) Laudo médico(oftalmologista), conforme ANEXO II; e 2) Acuidade visual corrigida, refração, campimetria computadorizada, e outros 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 Mental/Psicossocial, Transtorno do Espectro Autista e Síndromes Epilépticas	1) Laudo médico (psiquiatra), conforme ANEXO II; e 2) Avaliação neuropsicológica; e 3) Eletroencefalograma e Ressonância Magnética de Crânio- para Síndromes Epilépticas.
Nanismo	1) Laudo médico (ortopedista), conforme ANEXO II; e 2) Radiografias, avaliação genética, exames hormonais quando indicados.
Ostomias	Laudo médico, conforme ANEXO II.
Fibromialgia	1) Laudos médicos, conforme ANEXO II: 1.1) Reumatologista, de preferência, ou ortopedista; e 1.2) 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
 - ✓ Eletroencefalografia (ENMG).



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

ANEXO II

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

LAUDO MÉDICO

1. Identificação

Nome do Paciente: _____

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

CID: _____

2. 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: _____

