



LAUDO DE AVALIAÇÃO – PRESCRIÇÃO DE ÓRTESE / PRÓTESE  
SOLICITAÇÃO DE SAQUE DO FGTS – DECRETO Nº. 9.345/2018

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE/TRABALHADOR

Nome		Data de nascimento
CPF	PIS	Telefone para contato ( )

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento	CNPJ
-------------------------	------

3 LAUDO DE AVALIAÇÃO

Atesto, para finalidade de aquisição de órtese e prótese com recursos da conta vinculada FGTS do trabalhador, previsto no Art. 99 da Lei 13.146/15, que o(a) paciente acima qualificado(a) possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Nível da Deficiência
1 ( ) Deficiência Física	1 ( ) Permanente 2 ( ) Temporária com prazo superior a 2 anos
2 ( ) Deficiência Sensorial	

Código Internacional de Doenças – CID – 10 da deficiência:

4 PRESCRIÇÃO DA ÓRTESE/PRÓTESE, UTILIZAR DADOS DA TABELA SIGTAP DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Código e nome da Órtese/ Prótese - SIGTAP:


Finalidade da Órtese e Prótese: ( ) Promoção da Acessibilidade e Inclusão Social

Definição de Acessibilidade (Lei nº. 13.146/2015, art. 3º, §1): possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

5 DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro sob as penas da Lei que as informações prestadas acima são a expressão da verdade, em conformidade com as normas dos Conselhos Federal e Regional de Medicina, inclusive em respeito aos princípios contidos no código de ética médica.

Nome do Médico	CRM/RMS	Assinatura/carimbo do Médico
CPF	CBO	

6 SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE SAQUE FGTS PELO TRABALHADOR

1. Autorizo o débito das contas vinculadas de FGTS de minha titularidade, para o uso exclusivo na aquisição de órtese e/ou prótese, limitado ao menor valor entre aquele existente na tabela SIGTAP e o saldo da minha conta; 2. Tenho ciência de que a órtese/prótese prescrita poderia ser fornecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS ou com a participação do meu plano de saúde; 3. Declaro saber que o não comparecimento na Agência, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data prevista para pagamento, implica a necessidade de nova solicitação de saque; 4. Por minha inteira liberalidade, faço a opção de receber os valores devidos por meio de crédito no Banco 104, Agência \_\_\_\_\_, Operação \_\_\_\_\_, Conta \_\_\_\_\_; 5. Declaro, sob as penas da lei, que conheço a legislação que disciplina esse saque e que as informações acima prestadas são verdadeiras, eximindo a CAIXA de quaisquer responsabilidades pelos meus atos ou omissões e assumo, inclusive, ser o responsável por responder por eventuais consequências nas esferas civil, criminal e trabalhista.

Assinatura / impressão digital do sacador ou representante legal

Assinatura e matrícula de funcionário CAIXA



Protocolo – Solicitação de Saque do FGTS – SSFGTS

Nome do trabalhador	Cód. Saque	Carimbo de Recepção Norma CIEF 001/90
PIS/PASEP:	Data da recepção:	