

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL – FIBROMIALGIA
LEI 15.176/2025

ATENÇÃO AOS PROFISSIONAIS AVALIADORES: A validade deste documento depende do preenchimento de todos os campos e da presença obrigatória da assinatura e carimbos (Médico, Assistente Social ou Psicólogo). O documento que apresentar campos em branco, rasuras ou ausência de qualquer uma das identificações profissionais será considerado INVÁLIDO, resultando no INDEFERIMENTO IMEDIATO do pedido do requerente junto à ARCE.

I. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE OBRIGATÓRIOS

Nome: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

(CID-10 M79.7): () SIM () NÃO

A equipe deve assinalar o nível de desempenho do requerente nas atividades cotidianas.

Funções Sensoriais e de Dor	() Dor crônica difusa refratária que impede a manutenção de posturas ou movimentos simples.	() Dor controlada ou intermitente que não impede as atividades habituais do indivíduo.
Mobilidade e Locomoção	() Fadiga muscular severa e rigidez que limitam a autonomia física na vida diária.	() Dor controlada ou intermitente que não impede as atividades habituais do indivíduo.
Mobilidade Geral	() Restrição para longas caminhadas, subir escadas ou permanecer na mesma posição.	() Força e amplitude de movimento preservadas para realizar todas as tarefas cotidianas.
Cognição e Alerta	() Presença de “Fibrofog” severo (lapsos de memória e desorientação mental).	() Funções executivas e memória dentro dos padrões de normalidade para a idade.
Barreiras Sociais/Vida Diária	() Afastamento social e laboral devido à imprevisibilidade das crises de dor.	() Participação ativa em grupos, trabalho e lazer sem restrições de saúde.

Agência Reguladora do Estado do Ceará

Av. General Afonso Albuquerque Lima, S/N - Cambéba

CEP: _____ • Fortaleza/CE

60.822-325

II. PARECER QUANTO À NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

Critério fundado na dependência e segurança do paciente:

- () **SIM:** O requerente apresenta limitações que exigem auxílio de terceiro para garantir sua integridade e autonomia fora do ambiente doméstico.
- () **NÃO:** O requerente possui condições de gerir sua própria segurança e atos de forma independente.

III. CONCLUSÃO FINAL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Com base na avaliação das funções e estruturas do corpo e dos fatores psicossociais, atestamos que o(a) requerente:

() **SE ENQUADRA** nos critérios de **Pessoa com Deficiência (PcD)** estabelecidos pela **Lei nº 15.176/2026** (Vigente desde Janeiro/2026).

() **NÃO SE ENQUADRA** nos critérios legais para reconhecimento de deficiência.

IV. AUTENTICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS (ASSINATURA E CARIMBO)

1. MÉDICO (SUS/Reumatologista):

(Assinatura e Carimbo com CRM)

2. ASSISTENTE SOCIAL:

(Assinatura e Carimbo com CRESS)

3. PSICÓLOGO:

(Assinatura e Carimbo com CRP)

Tipo de Unidade: _____

Município da Unidade: _____

Data: ____ / ____ / ____

Agência Reguladora do Estado do Ceará

Av. General Afonso Albuquerque Lima, S/N - Cambéba

CEP: _____ • Fortaleza/CE

60.822-325