



## LAUDO MÉDICO

### IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:

Curso:

Sexo:

Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Carteira de Identidade:

CPF:

### LAUDO MÉDICO (RESTRITO AO MÉDICO)

Atesto, para a finalidade de concorrência a uma vaga reservada para pessoas com deficiência no Processo Seletivo SISU/UFV 2020 para ingresso em curso de graduação da UFV, prevista nas Leis nº 12.711, de 2012 e nº 13.409, de 2016, que o requerente acima identificado possui a deficiência abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (artigo 4º do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo artigo 70 do Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004 e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012).

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CID															
<p><input type="checkbox"/> <b>DEFICIÊNCIA FÍSICA</b> – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, <b>acarretando o comprometimento da função física</b>, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraparesia, tetraplegia, triparesia, hemiparesia, hemiplegia, hemianopsia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, <b>exceto as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho das funções.</b></p>																
<p><input type="checkbox"/> <b>DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> – <b>perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais</b>, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.</p> <table border="1"><tr><th>FREQUÊNCIAS</th><th>500Hz</th><th>1.000Hz</th><th>2.000Hz</th><th>3.000Hz</th></tr><tr><td>Ouvido Direito</td><td>= dB</td><td>= dB</td><td>= dB</td><td>= dB</td></tr><tr><td>Ouvido Esquerdo</td><td>= dB</td><td>= dB</td><td>= dB</td><td>= dB</td></tr></table>	FREQUÊNCIAS	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz	Ouvido Direito	= dB	= dB	= dB	= dB	Ouvido Esquerdo	= dB	= dB	= dB	= dB	
FREQUÊNCIAS	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz												
Ouvido Direito	= dB	= dB	= dB	= dB												
Ouvido Esquerdo	= dB	= dB	= dB	= dB												
<p><input type="checkbox"/> <b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b> – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 <b>no melhor olho, com a melhor correção óptica</b>; visão monocular, que é a cegueira em um olho; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quais condições anteriores.</p> <table border="1"><tr><th>DEFICIÊNCIA VISUAL</th><th>OLHO DIREITO</th><th>OLHO ESQUERDO</th></tr><tr><td>Acuidade Visual</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Campo Visual</td><td>°</td><td>°</td></tr></table>	DEFICIÊNCIA VISUAL	OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO	Acuidade Visual			Campo Visual	°	°							
DEFICIÊNCIA VISUAL	OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO														
Acuidade Visual																
Campo Visual	°	°														
<p><input type="checkbox"/> <b>DEFICIÊNCIA MENTAL</b> – <b>funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas</b>, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização de recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer e h) trabalho.</p> <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td><td><input type="checkbox"/> d</td><td><input type="checkbox"/> e</td><td><input type="checkbox"/> f</td><td><input type="checkbox"/> g</td><td><input type="checkbox"/> h</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h								
<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h									
<p><input type="checkbox"/> <b>DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA</b> – associação de duas ou mais deficiências.</p>																
<p><input type="checkbox"/> <b>TRANSTORNO AUTISTA E AUTISMO ATÍPICO</b> – deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para a interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais</p>																

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Carimbo e Registro no CRM

Assinatura



## LAUDO MÉDICO

### IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:

Carteira de Identidade:

CPF:

### RELATÓRIO MÉDICO E HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA

Nome do Médico:

Especialidade:

**Apresentar, juntamente com este laudo, os exames exigidos para comprovação da deficiência descritos no item 7.1.5 do Edital do Processo Seletivo UFV/SISU 2020.**

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Assinatura

Carimbo e Registro no CRM