



# FORMULÁRIO LAUDO MÉDICO - 2022

## IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome

Curso	Sexo	Data Nascimento _____/_____/_____
CPF		RG

## LAUDO MÉDICO (RESTRITO AO MÉDICO)

Atesto, para a finalidade de concorrência a uma vaga reservada para pessoas com deficiência no Processo Seletivo SISU/UFV 2021 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, ou na Resolução nº 150 de 07 de maio de 2019 da Defensoria Pública da União e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012).

Assinale as necessárias	Tipo de Deficiência	CID (quantos forem possíveis)															
	<p><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, tetraplegia, tetraparesia, triplexia, hemiparesia, hemiparesia, ostomia, 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><b>DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> – perda <b>BILATERAL, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB)</b> ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.</p> <table border="1"><thead><tr><th>FREQUÊNCIAS</th><th>500Hz</th><th>1.000Hz</th><th>2.000Hz</th><th>3.000Hz</th></tr></thead><tbody><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></tbody></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><b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b> – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; visão monocular, que é a cegueira em um olho; 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 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer condições anteriores.</p> <table border="1"><thead><tr><th>DEFICIÊNCIA VISUAL</th><th>OLHO DIREITO</th><th>OLHO ESQUERDO</th></tr></thead><tbody><tr><td>Acuidade Visual</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Campo Visual</td><td>•</td><td>•</td></tr></tbody></table>	DEFICIÊNCIA VISUAL	OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO	Acuidade Visual			Campo Visual	•	•							
DEFICIÊNCIA VISUAL	OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO															
Acuidade Visual																	
Campo Visual	•	•															
	<p><b>DEFICIÊNCIA MENTAL (Intelectual)</b> – funcionamento intelectual <b>significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos</b> e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como (assinale abaixo): a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização de recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; 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><b>TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA</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 estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.</p>																
Data: _____/_____/_____	Assinatura e carimbo com registro do CRM (legível)																

Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:

Provável Causa da Deficiência (quando for o caso):

Área ou Função Afetadas (quando for o caso):

Limitações funcionais ou Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF):

Apresentar juntamente com este laudo, OBRIGATORIAMENTE, exames para comprovação da deficiência:

- Deficiência Auditiva: exame de audiometria;
- Deficiência Visual: exame oftalmológico/campimetria (se for a causa da deficiência);
- Deficiência Física: exames de imagem com laudo contendo assinatura e registro do profissional ou outros exames/relatórios que comprovem a deficiência;
- Deficiência Mental (Intelectual): exames ou relatórios pormenorizados com assinatura e registro do profissional, que comprovem a deficiência.
- Transtorno do Espectro Autista: relatórios pormenorizados com assinatura e registro do profissional, que comprovem a deficiência.

Assinatura e carimbo com registro do CRM (legível)

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