

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 UFV 2022 – Licenciatura em Educação do Campo, 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)															
	DEFICIÊNCIA FÍSICA – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, 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, exceto as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho das funções.																				
	DEFICIÊNCIA AUDITIVA – perda BILATERAL, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.																				
	<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																	
	DEFICIÊNCIA VISUAL – 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 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer condições anteriores.																				
	<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	◦	◦																			
	DEFICIÊNCIA MENTAL (Intelectual) – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos 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.																				
	<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																				
	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – 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.																				
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: _____ / _____ / _____