



FORMULÁRIO LAUDO MÉDICO - 2024

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome		
Curso	Sexo	Data Nascimento ____/____/____
CPF	RG	

LAUDO MÉDICO (RESTRITO AO MÉDICO) – PREENCHER INTEGRALMENTE TODOS OS CAMPOS

Atesto, para a finalidade de concorrência a uma vaga reservada para pessoas com deficiência no Processo Seletivo SISU/UFV 2024 para ingresso em curso de graduação da UFV, prevista nas Leis nº 12.711, de 2012, alterada pelas Leis nº 13.409, de 2016 e nº 134.723, de 2023, que o requerente acima identificado possui a deficiência abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas, conforme constam no art. 4º do Decreto nº 3.298, de 1999 e/ou na Lei 14.126 de 22 de março de 2021 e/ou no § 1º e 2º do art. 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, triplegia, triparesia, hemiplegia, 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: <ul style="list-style-type: none">- 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.	
Data: ____/____/____	Assinatura e carimbo com registro do CRM (legível)