

Identificação do Requerente

Nome: _____

Sexo: ___Feminino ___Masculino

Carteira de Identidade: _____ CPF: _____ Data Nascimento: ___/___/___

LAUDO MÉDICO (RESTRITO AO MÉDICO)

Atesto, para a finalidade de concorrência a uma vaga reservada para pessoas com deficiência em Processo Seletivo para ingresso em curso de graduação da UFVJM, 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-10

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

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; 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 60°; ou a ocorrência simultânea de quais condições anteriores.

DEFICIÊNCIA VISUAL	OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO
Acuidade Visual		
Campo Visual	°	°

DEFICIÊNCIA MENTAL – 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: 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.

a b c d e f g h

DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA – associação de duas ou mais deficiências.

TRANSTORNO AUTISTA E AUTISMO ATÍPICO – 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

Data: ___/___/___.

Assinatura

Carimbo e Registro no CRM



Laudo Médico

Identificação do Requerente

Nome: _____

Carteira de Identidade: _____ CPF: _____ Data Nascimento: __/__/__

RELATÓRIO MÉDICO E HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA

Nome do Médico: _____

Especialidade: _____

Apresentar, juntamente a este laudo, os exames que contribuam para comprovação da deficiência

Data: ____/____/____.

Assinatura

Carimbo e Registro no CRM