

FORMULÁRIO LAUDO MÉDICO - 2023

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME:

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 Exame de Seleção CAP-Coluni 2023 para ingresso no Colégio de Aplicação 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 eficiência				CID (quantos forem possíveis)															
	<p>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.</p>																			
	<p>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.</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>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.</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>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.</p> <p><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>																			
	<p>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.</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.	
Data: _____/_____/_____	Assinatura e carimbo com registro do CRM (legível)