FORMULÁRIO LAUDO MÉDICO - 2024

UFV Universidade Federal de Viçosa

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 2024 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, e/ou na Lei 14.126 de 22 de março de 2021 e/ou no § 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)
	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, paralisa 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; 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.	

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. ☐ **A** ☐ **B** ☐ **C** ☐ **D** ☐ **E** ☐ **F** ☐ **G** ☐ **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.

Data: / /	Assinatura e carimbo com registro do CRM (legível)