

## 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 2025 para ingresso no Colégio de Aplicação da UFV, prevista nas Leis nº 12.711, de 2012 e nº 13.409, de 2016, que o/a requerente acima identificado/a possui a deficiência abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (art. 4º do Decreto nº 3.298 de 1999, Lei 14.768 de 22 de dezembro de 2023, Lei 14.126 de 22 de março de 2021 e/ou §§ 1º e 2º do art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012) e conforme o inciso VII do art. 2º da Portaria Normativa MEC nº 18, de 2012, alterado pela Portaria nº 1.117, de 2018.

Assinale as necessárias	Tipo de Deficiência	CID (quantos forem possíveis)																		
	<p><b>DEFICIÊNCIA FÍSICA</b> – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, <b>acarretando o comprometimento da função física</b>, 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, <b>exceto as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho das funções.</b></p>																			
	<p><b>DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> – limitação de longo prazo da audição, unilateral TOTAL ou bilateral parcial ou total. <b>Limitação bilateral parcial</b> é a perda, em média aritmética, de 41 dB (quarenta e um decibéis) ou mais nas frequências de 500, 1.000, 2.000 e 3.000 Hz (hertz).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Frequências</th> <th>500Hz</th> <th>1.000Hz</th> <th>2.000Hz</th> <th>3.000Hz</th> <th>Média</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ouvido Direito</td> <td>dB</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> <td>dB</td> </tr> </tbody> </table>	Frequências	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz	Média	Ouvido Direito	dB	dB	dB	dB	dB	Ouvido Esquerdo	dB	dB	dB	dB	dB	
Frequências	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz	Média															
Ouvido Direito	dB	dB	dB	dB	dB															
Ouvido Esquerdo	dB	dB	dB	dB	dB															
	<p><b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b> – 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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><b>DEFICIÊNCIA MENTAL (Intelectual)</b> – funcionamento intelectual <b>significativamente inferior à média, com manifestação antes</b> 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><b>TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA</b> – 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):	
<b>Apresentar juntamente com este laudo, OBRIGATORIAMENTE, exames para comprovação da deficiência:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Deficiência Auditiva: exame de audiometria;</li><li>- Deficiência Visual: exame oftalmológico/campimetria (se for a causa da deficiência);</li><li>- Deficiência Física: exames de imagem (raio-X, tomografia computadorizada, ultrassom e ressonância magnética) com laudo contendo assinatura e registro do profissional ou outros exames/relatórios que comprovem a deficiência;</li><li>- Deficiência Mental (Intelectual): exames ou relatórios pormenorizados com assinatura e registro do profissional, que comprovem a deficiência.</li><li>- Transtorno do Espectro Autista: relatórios pormenorizados com assinatura e registro do profissional, que comprovem a deficiência.</li></ul>	
Data:            /            /	Assinatura e carimbo com registro do CRM (legível)