LAUDO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:		
Curso:	Sexo:	Data Nascimento: _____/____/_____
Carteira de Identidade:		CPF:

LAUDO MÉDICO (RESTRITO AO MÉDICO)

Atesto, para a finalidade de concorrência a uma vaga reservada para pessoas com deficiência no Processo Seletivo do Mestrado em Educação da UFV, prevista na Resolução do CEPE nº 8, de 2019, 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
☐ **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	500 Hz	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 DIREIRO	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:_____/_____/_____.	**Carimbo e Registro no CRM**
Assinatura	

LAUDO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	
Carteira de Identidade:	CPF:

RELATÓRIO MÉDICO E HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA

Nome do Médico:
Especialidade:

Apresentar, juntamente com este laudo, os exames para comprovação da deficiência, com laudos médicos.

Data:_____/_____/_____.	**Carimbo e Registro no CRM**
Assinatura	