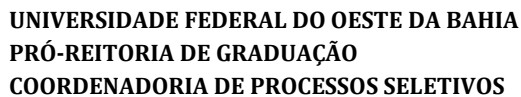


**LAUDO E RELATÓRIO MÉDICO** (Página nº 01 de 02)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE		
Nome:		
Curso:	Sexo:	Data de Nascimento:
Carteira de Identidade:		CPF:

LAUDO MÉDICO (RESTRITO AO MÉDICO)									
Atesto, para a finalidade de concorrência a uma vaga reservada para pessoas com deficiência em curso de graduação via processo seletivo da UFOB, prevista na Lei nº 12.711/2012, que o requerente acima identificado possui a deficiência abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (artigo 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo artigo 70 do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004; Súmula nº 377/2009 do STJ; § 1º do artigo 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012; e Caracterização das Deficiências, MTB/2018).									
TIPO DE DEFICIÊNCIA OU TIPO DE DOENÇA EQUIPARADA À CONDIÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA								CID	
<input type="checkbox"/>	<u>DEFICIÊNCIA FÍSICA</u> – 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.								
<input type="checkbox"/>	<u>PESSOA SURDA OU COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA</u> – perda <u>unilateral total ou</u> 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				
<input type="checkbox"/>	<u>DEFICIÊNCIA VISUAL</u> – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; visão monocular, condição de deficiência visual univalente, comprometedora das noções de profundidade e distância, ocorre quando há cegueira, na qual a acuidade visual com melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400), visão de vultos, contadados em um olho, ou cegueira legal declarada pelo oftalmologista, ou uso de prótese, ou olho enucleado ou Phthisis bulbi; baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; 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								
	ampo Visual								
<input type="checkbox"/>	<u>DEFICIÊNCIA MENTAL OU INTELECTUAL</u> – 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.								
	Assinale a letra correspondente	( ) a	( ) b	( ) c	( ) d	( ) e	( ) f	( ) g	( ) h
<input type="checkbox"/>	<u>DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA</u> – associação de duas ou mais deficiências.								
<input type="checkbox"/>	<u>PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA</u> – 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.								
<input type="checkbox"/>	<u>SÍNDROME DE FIBROMIALGIA OU FADIGA CRÔNICA OU POR SÍNDROME COMPLEXA DE DOR REGIONAL OU OUTRAS DOENÇAS CORRELATAS</u>								

<p><i>Data:</i> ____/____/____</p>  <p>_____</p> <p><i>Assinatura do médico</i></p>	<p><i>Carimbo e Registro no CRM</i></p>
---	---



**LAUDO E RELATÓRIO MÉDICO** (Página nº 02 de 02)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	
Carteira de Identidade:	CPF:

RELATÓRIO MÉDICO (RESTRITO AO MÉDICO)	
Descrição detalhada da deficiência	
Histórico da deficiência:	
Limitações funcionais:	
Nome do Médico:	
Especialidade:	

<p><i>Data: ____/____/____</i></p> <p>_____</p> <p><i>Assinatura do médico</i></p>	<p><i>Carimbo e Registro no CRM</i></p>
--	---