



### ANEXO III

#### 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 e suas atualizações, 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 e suas atualizações; 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"/>	<b>DEFICIÊNCIA FÍSICA</b> – 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, triparesia, hemiparesia, 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"/>	<b>PESSOA SURDA OU COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> – 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"/>	<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, 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, contados 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 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer condições anteriores.									
	DEFICIÊNCIA VISUAL	OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO							
	Acuidade Visual									
	Campo Visual									
<input type="checkbox"/>	<b>DEFICIÊNCIA MENTAL OU INTELECTUAL</b> – 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"/>	<b>DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA</b> – associação de duas ou mais deficiências.									
<input type="checkbox"/>	<b>PESSOA COM 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.									
<input type="checkbox"/>	<b>SÍNDROME DE FIBROMIALGIA OU FADIGA CRÔNICA OU POR SÍNDROME COMPLEXA DE DOR REGIONAL OU OUTRAS DOENÇAS CORRELATAS</b>									

Data: ____ / ____ / ____	Carimbo e Registro no CRM
Assinatura do médico	



**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:*

*Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*

*Carimbo e Registro no CRM*

*Assinatura do médico*