



ANEXO III

LAUDO MÉDICO ESPECÍFICO (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 no **Processo Seletivo SISU/UFOB** para ingresso em curso de graduação, prevista nas Leis nº. 12.711/2012 e nº. 13.409/2016, 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					CID				
<input type="checkbox"/>	<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> .								
<input type="checkbox"/>	<b>PESSOA SURDA OU COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> – 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				
<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, comprometedoras 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 <i>Phthisis bulbi</i> ; 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 quais condições anteriores.								
	DEFICIÊNCIA VISUAL	OLHO DIREITO		OLHO ESQUERDO					
	Acuidade Visual								
	Campo Visual								
<input type="checkbox"/>	<b>DEFICIÊNCIA MENTAL OU INTELLECTUAL</b> – funcionamento intelectual <b>significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos</b> 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.								

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



**LAUDO MÉDICO ESPECÍFICO** (Página nº. 02 de 02)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	
Carteira de Identidade:	CPF:

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

Data: ____/____/____	<b>Carimbo e Registro no CRM</b>
_____ Assinatura do médico	