

LAUDO MÉDICO

Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.

O (a) candidato(a) _____
portador(a) do documento de identificação n.º _____, CPF n.º _____,
telefones _____, concorrendo ao Processo Seletivo _____,
foi submetido(a), nesta data, a
exame clínico sendo identificada a existência de deficiência em conformidade com o Decreto n. 3.298/99, o Decreto n. 5.296/04, o Decreto n. 10.654/21, a Lei n. 13.146/15 e a Lei n. 14.126/21.

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência do candidato:

DEFICIÊNCIA FÍSICA*

1. <input type="checkbox"/> Paraplegia	6. <input type="checkbox"/> Tetraparesia	11. <input type="checkbox"/> Amputação ou Ausência de Membro
2. <input type="checkbox"/> Paraparesia	7. <input type="checkbox"/> Triplegia	12. <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral
3. <input type="checkbox"/> Monoplegia	8. <input type="checkbox"/> Triparesia	13. <input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida
4. <input type="checkbox"/> Monoparesia	9. <input type="checkbox"/> Hemiplegia	14. <input type="checkbox"/> Ostomias/Estomias
5. <input type="checkbox"/> Tetraplegia	10. <input type="checkbox"/> Hemiparesia	15. <input type="checkbox"/> Nanismo

***Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. Para os candidatos com deficiência física, o laudo médico deverá ser acompanhado do original de laudos de exames de imagem, bem como as respectivas imagens quando possível, realizado no máximo em até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições neste processo seletivo.**

DEFICIÊNCIA AUDITIVA*: perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

* Para os candidatos com deficiência auditiva, o laudo médico deverá ser acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado no máximo em até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições neste processo seletivo, acompanhado do relatório do otorrinolaringologista, realizado no máximo em até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições neste processo seletivo.

DEFICIÊNCIA VISUAL:

Cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

Baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

Visão monocular - visão normal em um olho e cegueira no olho contralateral com acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400), com a melhor correção óptica.

Campo visual - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.

A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.

* **Para os candidatos com deficiência visual, o laudo médico deverá ser acompanhado do original do exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual recente, realizado no máximo em até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições neste processo seletivo.**

_____, de _____ de 20____

Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)

() **DEFICIÊNCIA INTELECTUAL:** funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. () Comunicação	3. () Habilidades sociais	5. () Saúde e segurança	7. () Lazer
2. () Cuidado pessoal	4. () Utilização dos recursos da comunidade	6. () Habilidades acadêmicas	8. () Trabalho

* Para os candidatos com deficiência intelectual, o laudo médico deverá ser acompanhado do original do Teste de Avaliação Cognitiva (Intelectual), especificando o grau ou nível de funcionamento intelectual em relação à média, emitido por médico psiquiatra ou por psicólogo, realizado no máximo em até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições neste processo seletivo.

() **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA:** associação de duas ou mais deficiências: _____

* Para os candidatos com deficiência múltipla, o laudo médico deverá ser acompanhado dos documentos comprobatórios previstos no Edital de uma das deficiências.

() **TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:** deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para 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.

Obs.: No caso de pessoa com transtorno do espectro autista, o laudo médico deverá ser acompanhado de documentos que comprovem o transtorno.

I – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10): _____

II – DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA (o médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da CID):

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)

Assinatura do (a) candidato