

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO ACADÊMICA
Edital n. 02/2021

LAUDO MÉDICO

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

O(a) candidato(a), _____,
portador(a) do RG nº _____, órgão expedidor _____, UF ____, CPF nº _____,
_____ telefones _____, concorrendo ao
SiSU/UFCAT, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de
deficiência de conformidade com o Decreto n. 3.298/99, Decreto n. 5.296/04 e a Lei n.13146/15.

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

() DEFICIÊNCIA FÍSICA*

1. () Paraplegia	6. () Tetraparesia	11. () Amputação ou Ausência de Membro
2. () Paraparesia	7. () Triplegia	12. () Paralisia Cerebral
3. () Monoplegia	8. () Triparesia	13. () Membros com deformidade congênita ou adquirida
4. () Monoparesia	9. () Hemiplegia	14. () Ostomias
5. () Tetraplegia	10. () Hemiparesia	15. () Nanismo

*Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. O(a) candidato(a) com deficiência física poderá apresentar exames comprobatórios que comprovem a deficiência.

() 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(as) candidatos(as) com deficiência auditiva, o laudo médico deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições, acompanhado do relatório do otorrinolaringologista.

() 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.
- () **Campo visual** - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.
- () **A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.**

Para os(as) candidatos(as) com deficiência visual, o Laudo Médico deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual recente, realizado até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições.

_____, ____/____/____
(Local e data)

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

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

Para os(as) candidatos(as) com deficiência múltipla, o laudo médico deverá vir 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): _____

_____, ____/____/____
(Local e data)

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

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

_____, ____/____/____
(Local e data)

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

Assinatura do(a) Candidato(a)