



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ
CENTRO DE GESTÃO ACADÊMICA

LAUDO MÉDICO

Atesto que, _____
, portador(a) do RG nº _____, órgão expedidor _____, UF _____, CPF nº _____, telefones _____, 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, a Lei n. 13.146/15 e a Lei n. 14.126/21.

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência atestada ou identificada:

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
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 as pessoas com deficiência física, o laudo médico deverá ser acompanhado do original de laudo(s) de exame(s) de imagem, bem como as respectivas imagens quando possível.

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 as pessoas com deficiência auditiva, o laudo médico deverá ser acompanhado do original do exame de audiometria.

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 as pessoas 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.

_____(cidade), ____/____/____.

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 as pessoas 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(a) psiquiatra ou por psicólogo(a).

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

- Para as pessoas 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 CONFORME A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID): _____

_____ (cidade), ____/____/____.

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:

_____ (cidade), ____/____/____.

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