



Foto 3X4

Formulário para laudo de avaliação deficiência física, auditiva, visual, mental e/ou múltipla
I. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES preencher COM LETRA DE FORMA

| | | |
|---|-----------------|-----------------|
| 01 - Nome | | |
| 02 - Data nascimento | 03 - Nº da CNH: | 04 - Nº do CPF: |
| 05 - RG/Emissor/UF | 06 - E-mail | 07 - Telefone |
| 08 - Mãe | | |
| 09 - Pai | | |
| 11 - Qual atendimento especial solicitou no SISU: | | |
| <input type="checkbox"/> Guia-intérprete <input type="checkbox"/> Prova em braille <input type="checkbox"/> Prova ampliada ou super ampliada <input type="checkbox"/> Sala de fácil acesso <input type="checkbox"/> Mesa e cadeira sem braços <input type="checkbox"/> Apoio para pernas e pés <input type="checkbox"/> Mesa para cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Auxílio para leitura e/ou transcrição <input type="checkbox"/> Tradutor-intérprete libras; <input type="checkbox"/> Leitura labial; <input type="checkbox"/> Tempo adicional <input type="checkbox"/> Nenhum | | |

II. LAUDO DE AVALIAÇÃO – PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DOS MÉDICOS ASSISTENTES QUE DEVERÃO ASSINAR NESTA E NA PRÓXIMA PÁGINA

Atestamos, para fins de enquadramento legal em reserva de vaga na Universidade Federal do Cariri, para pessoa com deficiência, nos termos Decreto nº 3.298/99, e sob as penas das leis, nelas incluindo Código de Ética Médica (arts. 30, 80, 81), Código Penal (arts. 299 e 302), Código Civil (art. 186 e 187) que o requerente acima qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

| | |
|---|---|
| 12 - Tipo de Deficiência | 13 - Código Internacional de Doenças - CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários) |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Física | CID-10: <input type="text"/> |
| 14 - Assinalar segmento acometido: | <input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membro inferior <input type="checkbox"/> Membro superior |
| 15 - Espécie: | <input type="checkbox"/> Deformidade de membro GERADORA DE INCAPACIDADE <input type="checkbox"/> Paraplegia <input type="checkbox"/> Monoparesia <input type="checkbox"/> Triplegia <input type="checkbox"/> Hemiparesia <input type="checkbox"/> Paraplegia <input type="checkbox"/> Paraparesia <input type="checkbox"/> Tetraplegia <input type="checkbox"/> Triparasia <input type="checkbox"/> Ostomia <input type="checkbox"/> Nanismo <input type="checkbox"/> Monoplegia <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral <input type="checkbox"/> Tetraparesia <input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Ausência de membro |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva | CID-10: <input type="text"/> |
| 16 - Assinalar Grau / nível: | <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Acentuada <input type="radio"/> Severa <input type="radio"/> Profunda |
| (Capacidade auditiva) | (41-55dB) (56-70dB) (71-90dB) (acima de 90dB) |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Visual | CID-10: <input type="text"/> |
| 17 - Assinalar Grau / nível: | <input type="radio"/> Cegueira <input type="radio"/> Visão subnormal <input type="radio"/> Diminuição do campo visual <input type="radio"/> Visão monocular |
| (Capacidade visual) | (igual ou menor que 0,05 no melhor olho) (entre 0,3 e 0,05 no melhor olho) (campimetria binocular ≤ 60°) (súmula 377 do STJ) |

campo 35 - responsável pela unidade de saúde

campo 34 - segundo médico

campo 33 - médico especialista na área da deficiência

Assinaturas:

Deficiência Mental

CID-10:

Funcionamento intelectual **significativamente inferior à média**, com manifestação **antes dos 18 anos** e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, lazer, trabalho e deficiência múltipla.

18 - Assinalar Grau / nível:

() deficiência mental leve () deficiência mental moderada () deficiência mental severa
() deficiência mental profunda

Deficiência Múltipla

CID-10:

Assinalar nas quadrículas correspondentes acima especificadas, preenchendo no campo CID-10 acima: tantos códigos quantos sejam necessários.

19 - Descrição detalhada da deficiência - **preencher COM LETRA DE FORMA**

20 - Provável causa da deficiência - **preencher COM LETRA DE FORMA**

21 - Nome do médico especialista:

22 - Especialidade registrada no CRM relativa à deficiência:

23 - Assinatura, data, carimbo e registro CRM

24 - Nome do segundo médico:

25 - Especialidade médica:

26 - Assinatura, data, carimbo e registro CRM

27 - Unidade emissora do laudo:

28 - CNPJ:

29 - CNES:

30 - Responsável pela unidade de saúde:

31 - CPF:

32 - Local, data e assinatura do responsável pela unidade emissora do laudo:

PARA USO EXCLUSIVO DA UFCA

Avaliação documental

() habilitado () não habilitado

observações:

Perícia presencial

() habilitado () não habilitado

observações:

Data e assinatura

Data e assinatura