



Formulário para laudo de avaliação deficiência física, auditiva, visual, mental e/ou múltipla
PREENCHER COM LETRA DE FORMA – ATENÇÃO A TODOS OS CAMPOS

I. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

01 – Nome completo sem abreviações		
02 – Data nascimento	03 – Naturalidade	04 – Atendimento especial no ENEM
05 - RG/Emissor/UF	06 – E-mail	07 – Telefone
08 - Mãe:		
09 - Pai:		
11 - Responsável (Representante legal)		

II. LAUDO DE AVALIAÇÃO

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 leis, 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="radio"/> 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"/> 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"/> Triparesia <input type="checkbox"/> Ostomia <input type="checkbox"/> Nanismo <input type="checkbox"/> Monoplegia <input type="checkbox"/> Tetraparesia <input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Ausência de membro	
<input type="checkbox"/> Deformidade de membro GERADORA DE INCAPACIDADE <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral	
<input type="radio"/> Deficiência Auditiva	CID-10: <input type="text"/>
16 - Assinalar Grau / nível: (Capacidade auditiva)	<input type="radio"/> Moderada (41-55dB) <input type="radio"/> Acentuada (56-70dB) <input type="radio"/> Severa (71-90dB) <input type="radio"/> Profunda (acima de 90dB)
<input type="radio"/> Deficiência Visual	CID-10: <input type="text"/>
17 - Assinalar Grau / nível: (Capacidade visual)	<input type="radio"/> Cegueira ≤ 0,05 no melhor olho <input type="radio"/> Visão subnormal entre 0,3 e 0,05 no melhor olho <input type="radio"/> Diminuição do campo visual campimetria binocular ≤ 60° <input type="radio"/> Visão monocular Lei 14.126/21
<input type="radio"/> Deficiência Mental / Intelectual	CID-10: <input type="text"/>
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, nos termos da Lei. Obrigatória juntada de Relatório Neuropsicológico – Deficiência Mental/Intelectual, disponibilizado no site da UFCA.	
18 - Assinalar Grau / nível:	<input type="radio"/> Deficiência Mental Leve <input type="radio"/> Deficiência Mental Severa <input type="radio"/> Deficiência Mental Moderada <input type="radio"/> Deficiência Mental Profunda

campo 30 - segundo médico

campo 29 - médico especialista na área da deficiência
Assinaturas:



Transtorno do Espectro Autista

CID-10:

Para os efeitos da Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II, § 1º, art 1º, da Lei 12.764/12

Obrigatória juntada de Relatório Neuropsicológico – Transtorno do Espectro Autista, disponibilizado no site da UFCA.

31 - Assinalar Grau / nível:

Clássico

Distúrbio global de desenvolvimento

Alto desempenho

19 - Descrição detalhada da deficiência -

PREENCHER COM LETRA DE FORMA (CAMPO OBRIGATÓRIO)

20 - Provável causa da deficiência -

PREENCHER COM LETRA DE FORMA (CAMPO OBRIGATÓRIO)

21 - Possibilidades de tratamento já tentadas -

PREENCHER COM LETRA DE FORMA (CAMPO OBRIGATÓRIO)

22 - Sequelas da deficiência -

PREENCHER COM LETRA DE FORMA (CAMPO OBRIGATÓRIO)

23 - Nome do médico especialista:

24 - Especialidade registrada no CRM relativa à deficiência:

27 - Assinatura, data, carimbo e registro CRM

25 - Nome do segundo médico:

26 - Especialidade médica:

28 - Assinatura, data, carimbo e registro CRM

campo 30 - segundo médico

Assinaturas: campo 29 - médico especialista na área da deficiência