



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Formulário 08 – Laudo de avaliação de deficiência física, auditiva, visual, mental e/ou múltipla

PREENCHER COM LETRA DE FORMA – ATENÇÃO A TODOS OS CAMPOS

I. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

01 – Nome completo sem abreviações:	
02 – RG/Emissor/UF:	03 – CPF:

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:

04 – Tipo de deficiência	05 – Código Internacional de Doenças – CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)			
<input type="checkbox"/> Deficiência Física	CID-10: <input type="text"/>			
06 – Assinalar membro acometido:				
<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Membro inferior	<input type="checkbox"/> Membro superior
07 – Espécie:				
<input type="checkbox"/> Monoplegia	<input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> Triplegia	<input type="checkbox"/> Tetraplegia	<input type="checkbox"/> Hemiplegia
<input type="checkbox"/> Monoparesia	<input type="checkbox"/> Paraparesia	<input type="checkbox"/> Triparesia	<input type="checkbox"/> Tetraparesia	<input type="checkbox"/> Hemiparesia
<input type="checkbox"/> Deformidade de membro GERADORA DE INCAPACIDADE				
<input type="checkbox"/> Ostomia	<input type="checkbox"/> Nanismo	<input type="checkbox"/> Paralisia cerebral		<input type="checkbox"/> Ausência de membro
<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva	CID-10: <input type="text"/>			
08 – Assinalar grau/nível:				
<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="checkbox"/> Deficiência Visual	CID-10: <input type="text"/>			
09 – Assinalar grau/nível:				
<input type="radio"/> Diminuição do campo visual Campimetria binocular $\leq 60^\circ$	<input type="radio"/> Visão subnormal Entre 0,3 e 0,05 no melhor olho	<input type="radio"/> Cegueira $\leq 0,05$ no melhor olho	<input type="radio"/> Visão monocular Lei 14.126/21	
<input type="checkbox"/> Deficiência 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 Intelectual, disponibilizado no site da UFCA.				
10 – Assinalar grau/nível:				
<input type="radio"/> Deficiência intelectual leve		<input type="radio"/> Deficiência intelectual severa		
<input type="radio"/> Deficiência intelectual moderada		<input type="radio"/> Deficiência intelectual profunda		

Deficiência mental / psicossocial

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, nos termos da Lei.

Obrigatória juntada de Relatório Neuropsicológico – Deficiência Intelectual, disponibilizado no site da UFCA.

Transtorno do espectro autista: 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

11 – Assinalar grau/nível:

Clássico

Distúrbio global do desenvolvimento

Alto desempenho

Pessoa com quadro de transtorno mental grave, definido como uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental, associados a sofrimento e/ou incapacidade significativos afetando atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes, incurável e crônico, que se encontra estabilizado e que resultou em sequelas persistentes de ordem mental e/ou sensorial.

Outras deficiências mentais/psicossociais

Obrigatória a juntada de laudo emitido por médico psiquiatra, com especialidade registrada junto ao Conselho Federal de Medicina e que deve necessariamente incluir a identificação do(a) candidato(a) através do nome completo e RG, a identificação da patologia de base causadora da deficiência com o seu código na CID-10 e a descrição detalhada das alterações psicossociais e das interferências funcionais delas decorrentes.

12 – Qualidade da deficiência

Estável

Temporária

13 – Descrição detalhada da deficiência (PREENCHER COM LETRA DE FORMA – CAMPO OBRIGATÓRIO)

14 – Provável causa da deficiência (PREENCHER COM LETRA DE FORMA – CAMPO OBRIGATÓRIO)

15 – Limitações que resultaram (PREENCHER COM LETRA DE FORMA – CAMPO OBRIGATÓRIO)

15 – Nome do médico especialista:

17 – Assinatura, data, carimbo e registro CRM

16 – Especialidade

(registrada por meio de RQE relativa à deficiência)