



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)		
	CID-10: <input type="text"/>		
06 – Assinalar membro acometido:			
07 – Espécie:			
	CID-10: <input type="text"/>		
08 – Assinalar grau/nível:			
(41-55dB)	(56-70dB)	(71-90dB)	(acima de 90dB)
	CID-10: <input type="text"/>		
09 – Assinalar grau/nível:			
Campimetria binocular $\leq 60^\circ$	Entre 0,3 e 0,05 no melhor olho	$\leq 0,05$ no melhor olho	Lei 14.126/21
	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:			

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.

11 – Assinalar grau/nível:

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.

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

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)