



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,
intelectual, 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 do Decreto nº 3.298/99, e sob as penas da lei, 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"/>			
<input type="radio"/> Unilateral <input type="radio"/> Bilateral				
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			

<input type="checkbox"/> Deficiência mental / psicossocial	CID-10:	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 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 </div> <div> 11 – Assinalar grau/nível: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="radio"/> Clássico <input type="radio"/> Distúrbio global do desenvolvimento <input type="radio"/> Alto desempenho </div> <div style="margin-top: 5px; font-size: small;"> 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. </div> <div style="margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Outras deficiências mentais/psicossociais </div> </div>		
<p>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.</p>		

12 – Qualidade da deficiência <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="radio"/> Estável <input type="radio"/> Temporária </div>	
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)	