



**ANEXO IV**

LAUDO DE AVALIAÇÃO PARA CARACTERIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA - a ser preenchido pelo(a) médico(a)

NOME: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Atesto, para fins de caracterização da deficiência junto à UFSJ, que o(a) requerente acima identificado(a) é portador(a) da deficiência abaixo descrita e caracterizada no verso.

Caráter da deficiência: ( ) Provisória ( ) Permanente

CID 10 \_\_\_\_\_

Descrição detalhada da deficiência:

- 1) Descrever a causa da deficiência e cuidados médicos prévios, com relato cronológico do início e evolução dos sintomas da doença ou da incapacidade, incluindo localização, qualidade, intensidade, cenário, fatores agravantes ou atenuantes, sintomas associados e pontos pertinentes.
- 2) Informações sobre diagnósticos prévios, tratamento e evolução da patologia, com prognóstico.
- 3) Resultado de exames complementares que confirmem a deficiência, com data.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**A) Deficiência Física:**

Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de

- paraplegia,  paraparesia,  monoplegia,  monoparesia,  
 tetraplegia,  tetraparesia,  triplegia,  triparesia,  
 hemiplegia,  hemiparesia,  ostomia,  amputação ou ausência de membro,  
 paralisia cerebral,  nanismo,  
 membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

**B) Deficiência Auditiva:**

perda **bilateral**, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000H.

**C) Deficiência Visual:**

- cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;  
 baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;  
 casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;  
 visão monocular (Súmula 377, do Supremo Tribunal de Justiça - STJ).

**D) Deficiência Mental:**

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- comunicação;  saúde e segurança;  
 cuidado pessoal;  habilidades acadêmicas;  
 habilidades sociais;  lazer;  
 utilização dos recursos da comunidade;  trabalho.

Nome completo do(a) médico(a): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) médico(a) e carimbo**

**Espaço reservado para  
reconhecimento de  
firma em cartório, da  
assinatura do(a) médico(a)**

**Autorizo a divulgação do CID e descrição da patologia no laudo.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

Deverá constar o nome legível do(a) médico(a), carimbo, assinatura e CRM do(a) responsável pelo preenchimento do formulário, **com firma reconhecida em cartório.**

**(IMPRIMIR FRENTE E VERSO NA MESMA FOLHA)**