## ANEXO VI

**LAUDO DE AVALIAÇÃO PARA CARACTERIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA - a ser preenchido pelo(a) médico(a) escolhido pelo candidato e que seja especialista reconhecido pelo Conselho Regional de Medicina**

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, observando-se o disposto no subitem 2.9 do referido Edital:

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:**(conforme estabelece o subitem 2.9.1, observados os subitens 2.9.2 e 2.9.3)<br>Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de<br>( ) paraplegia, ( ) paraparesia, ( ) monoplegia, ( ) monoparesia,<br>( ) tetraplegia, ( ) tetraparesia, ( ) triplegia, ( ) triparesia,<br>( ) hemiplegia, ( ) hemiparesia, ( ) ostomia, ( ) amputação ou ausência de membro,<br>( ) paralisia cerebral, ( ) nanismo,<br>( ) membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. |
| B) **Deficiência Auditiva:** (conforme estabelece o subitem 2.9.1, observados os subitens 2.9.2 e 2.9.3)<br>( ) 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:** (conforme estabelece o subitem 2.9.1, observados os subitens 2.9.2 e 2.9.3)<br>( ) cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;<br>( ) baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;<br>( ) casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;<br>( ) visão monocular (Lei 14.126/2021). |
| D) **Deficiência Mental:** (conforme estabelece o subitem 2.9.1, observados os subitens 2.9.2 e 2.9.3)<br>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:<br>( ) comunicação; ( ) saúde e segurança;<br>( ) cuidado pessoal; ( ) habilidades acadêmicas;<br>( ) habilidades sociais; ( ) lazer;<br>( ) 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)**