



PRO-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
COMISSÃO PERMANENTE DE VESTIBULAR

EDITAL 12/2023 DO PROCESSO SELETIVO ESPECIAL 2024/1
PARA ADMISSÃO AO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MÚSICA DA UFSJ
NO 1º SEMESTRE LETIVO DE 2024

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:

- 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.

<p>A) Deficiência Física: (conforme estabelece o subitem 2.6.1, observados os subitens 2.6.2 e 2.6.3) Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de <input type="checkbox"/> paraplegia, <input type="checkbox"/> paraparesia, <input type="checkbox"/> monoplegia, <input type="checkbox"/> monoparesia, <input type="checkbox"/> tetraplegia, <input type="checkbox"/> tetraparesia, <input type="checkbox"/> triplegia, <input type="checkbox"/> triparesia, <input type="checkbox"/> hemiplegia, <input type="checkbox"/> hemiparesia, <input type="checkbox"/> ostomia, <input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro, <input type="checkbox"/> paralisia cerebral, <input type="checkbox"/> nanismo, <input type="checkbox"/> membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</p>
<p>B) Deficiência Auditiva: (conforme estabelece o subitem 2.6.1, observados os subitens 2.6.2 e 2.6.3) <input type="checkbox"/> 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.</p>
<p>C) Deficiência Visual: (conforme estabelece o subitem 2.6.1, observados os subitens 2.6.2 e 2.6.3) <input type="checkbox"/> cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; <input type="checkbox"/> baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> visão monocular (Lei 14.126/2021).</p>
<p>D) Deficiência Mental: (conforme estabelece o subitem 2.6.1, observados os subitens 2.6.2 e 2.6.3) 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: <input type="checkbox"/> comunicação; <input type="checkbox"/> saúde e segurança; <input type="checkbox"/> cuidado pessoal; <input type="checkbox"/> habilidades acadêmicas; <input type="checkbox"/> habilidades sociais; <input type="checkbox"/> lazer; <input type="checkbox"/> utilização dos recursos da comunidade; <input type="checkbox"/> trabalho.</p>

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)