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 2.7 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 2.7.1, observados os subitens 2.7.2 e 2.7.3) Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de ( ) 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:** (conforme estabelece o subitem 2.7.1, observados os subitens 2.7.2 e 2.7.3) ( ) 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 2.7.1, observados os subitens 2.7.2 e 2.7.3) ( ) 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 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores; ( ) visão monocular (Lei 14.126/2021).
D) **Deficiência Mental:** (conforme estabelece o subitem 2.7.1, observados os subitens 2.7.2 e 2.7.3) 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: ( ) 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)