



Universidade Federal  
de São João del-Rei

**PRO-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO  
COMISSÃO PERMANENTE DE VESTIBULAR**

**EDITAL Nº 5/2024/COPEVE/PROEN/UFSJ  
PROCESSO SELETIVO DE VAGAS OCIOSAS - PSVO 2024/2  
PARA PREENCHIMENTO DAS VAGAS RESULTANTES DO  
PROCESSO SELETIVO DO SISTEMA DE SELEÇÃO UNIFICADA (SiSU 2024) - 2º SEMESTRE**

**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)

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 2.9.1, observados os subitens 2.9.2 e 2.9.3)

- ( ) 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 2.9.1, observados os subitens 2.9.2 e 2.9.3)

- ( ) 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 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;  
( ) 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)

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)**