**ANEXO VIII – LAUDO MÉDICO**

**Todos os dados solicitados no Laudo deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.**

O(a) candidato(a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(nome completo)

portador(a) do documento de identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefones (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato(a) ao Processo Seletivo de Vestibular da Universidade Federal da Grande Dourados (PSV-UFGD/2024) ou Sistema de Seleção Unificada (SiSU-UFGD/2024) foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de deficiência em conformidade com as categorias discriminadas no art. 2º da Lei nº 13.146/2015 e nas categorias discriminadas no art. 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 5.296/2004; no § 1º do art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012; e as contempladas pelo enunciado da Súmula nº 377 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

Assinale a seguir, o tipo de deficiência do candidato:

**( ) DEFICIÊNCIA FÍSICA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ( ) Paraplegia | 6. ( ) Tetraparesia | 11. ( ) Amputação ou ausência de membro |
| 2. ( ) Paraparesia | 7. ( ) Triplegia | 12. ( ) Paralisia Cerebral |
| 3. ( ) Monoplegia | 8. ( ) Triparesia | 13. ( ) Membros com deformidade congênita ou adquirida |
| 4. ( ) Monoparesia | 9. ( ) Hemiplegia | 14. ( ) Ostomia |
| 5. ( ) Tetraplegia | 10. ( ) Hemiparesia | 15. ( ) Nanismo |

\*Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

**( ) DEFICIÊNCIA VISUAL:**

**( ) Cegueira –** acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

**( ) Baixa visão –** acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

**( ) Campo visual –** em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.  
**( ) Visão Monocular –** Cegueira em um olho.

**( ) A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.**

**( ) DEFICIÊNCIA AUDITIVA:** perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

**( ) DEFICIÊNCIA INTELECTUAL:** funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas do comportamento adaptativo, tais como:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. ( ) Comunicação | 3. ( ) Habilidades sociais | 5. ( ) Saúde e segurança | 7. ( ) Lazer |
| 2. ( ) Cuidado pessoal | 4. ( ) Utilização dos recursos da comunidade | 6. ( ) Habilidades acadêmicas | 8. ( ) Trabalho |

**( ) DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA:** associação de duas ou mais deficiências: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( ) TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:** deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

**I – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II – DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA** (o médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa):

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_, de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

(Local e data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)