

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ
CENTRO DE GESTÃO ACADÊMICA

LAUDO MÉDICO

Atesto que, _____
, portador(a) do RG nº _____, órgão expedidor _____, UF _____, CPF nº _____, telefones _____, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de deficiência, em conformidade com o Decreto n. 3.298/99, o Decreto n. 5.296/04, a Lei n. 13.146/15 e a Lei n. 14.126/21.

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência atestada ou identificada:

() 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. () Ostomias
5. () Tetraplegia	10. () Hemiparesia	15. () Nanismo

* Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. Para as pessoas com deficiência física, o laudo médico deverá ser acompanhado do original de laudo(s) de exame(s) de imagem, bem como as respectivas imagens quando possível.

() 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.

- Para as pessoas com deficiência auditiva, o laudo médico deverá ser acompanhado do original do exame de audiometria.

() 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.

() **Visão monocular** - visão normal em um olho e cegueira no olho contralateral com acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400), com a melhor correção óptica.

() **Campo visual** - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.

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

- Para as pessoas com deficiência visual, o laudo médico deverá ser acompanhado do original do exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual.

_____(cidade), ____/____/____.

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





() DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, 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

- Para as pessoas com deficiência intelectual, o laudo médico deverá ser acompanhado do original do Teste de Avaliação Cognitiva (Intelectual), especificando o grau ou nível de funcionamento intelectual em relação à média, emitido por médico(a) psiquiatra ou por psicólogo(a).

() DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências: _____

- Para as pessoas com deficiência múltipla, o laudo médico deverá vir acompanhado dos documentos comprobatórios previstos no Edital de uma das 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.

Obs.: No caso de pessoa com transtorno do espectro autista, o laudo médico deverá ser acompanhado de documentos que comprovem o transtorno.

I - CÓDIGO CONFORME A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID): _____

_____(cidade), ____/____/____.

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

II - **DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA:** o(a) médico(a) deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com letra legível, com expressa referência ao código correspondente da CID:

_____ (cidade), ____/____/____.

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