



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Fundação Universidade Federal do ABC

EDITAL N° 35/2023 - ANEXO III

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

NOME DO CANDIDATO:	CPF:
--------------------	------

Faça uma descrição detalhada das alterações das funções e estruturas do corpo (física, auditiva, visual, intelectual e mental - psicossocial). Utilize folhas adicionais, se necessário (assinando e carimbando todas as folhas adicionais), e adicione informações e exames complementares solicitados abaixo para cada tipo de deficiência.

Descreva as limitações no desempenho de atividades da vida diária e restrições de participação social (informar se necessita de apoios – órteses, próteses, softwares, ajudas técnicas, cuidador etc.). Utilize folhas adicionais, se necessário (assinando e carimbando todas as folhas adicionais).

Rubrica e carimbo do médico ou fonoaudiólogo:

Marque abaixo o tipo de deficiência:

DEFICIÊNCIA FÍSICA - 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"/> Amputação ou ausência de membro |
| <input type="checkbox"/> Monoplegia | <input type="checkbox"/> Monoparesia | <input type="checkbox"/> Estomia |
| <input type="checkbox"/> Tetraplegia | <input type="checkbox"/> Tetraparesia | <input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida |
| <input type="checkbox"/> Triplegia | <input type="checkbox"/> Triparesia | <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral |
| <input type="checkbox"/> Hemiplegia | <input type="checkbox"/> Hemiparesia | <input type="checkbox"/> Nanismo (altura: _____) |
| <input type="checkbox"/> Outras - especificar: | | |

Anexar laudo do médico especialista.

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

Anexar audiograma. Este laudo pode ser assinado pelo fonoaudiólogo.

DEFICIÊNCIA VISUAL

Cegueira - Acuidade visual $\leq 0,05$ (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;

Baixa Visão - Acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica; somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.

Obs.: Anexar laudo oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório do campo visual em graus.

Visão Monocular - Conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira legal em um olho, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) (ou cegueira declarada por oftalmologista).

Anexar laudo oftalmológico.

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL - Funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais 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"/> Lazer | <input type="checkbox"/> Habilidades sociais |
| <input type="checkbox"/> Trabalho | <input type="checkbox"/> Utilização de recursos da comunidade |

Anexar laudo do médico especialista.

Rubrica e carimbo do médico ou fonoaudiólogo:

TRANSTORNO MENTAL - Psicossocial - conforme Convenção da ONU - Esquizofrenia, Transtornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (No laudo do médico especialista, informar data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas).
Anexar laudo do médico especialista.

TRANSTORNO MENTAL - ESPECTRO AUTISTA - Lei 12764/2012 –
Anexar laudo do médico especialista.

DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA - Associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima).

Em atenção ao Capítulo V - DA INSCRIÇÃO DE CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA, solicito minha inscrição na condição de pessoa com deficiência. Autorizo a apresentação deste Laudo, relatórios complementares e exames destinados a este fim à equipe avaliadora da UFABC.

Assinatura do candidato

Data

Assinatura e carimbo do Médico ou Fonoaudiólogo

Data