# ANEXO III - LAUDO MÉDICO

##### A ser encaminhado por todos aqueles que escolheram concorrer pela reserva de vaga PCD

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)  |
| portador(a) do documento de identificação n.º , CPF n.º, telefones , candidato(a) ao Processo |
| Seletivo ENEM, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n. 3.298, de 20/12/99 e suas alterações posteriores e na súmula nº 377-STJ, de 22/04/2009. |

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

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

|  |
| --- |
| **( ) 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 os candidatos com deficiência auditiva, o laudo médico deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições, acompanhado do relatório do otorrinolaringologista informando se a perda auditiva do candidato é passível de alguma melhora com uso de prótese.***

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

***Para os candidatos com deficiência visual, o Laudo Médico deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.***

|  |
| --- |
| **( ) 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 de recursos da comunidade | 6. ( ) Habilidades acadêmicas | 8. ( ) Trabalho |

***Para os candidatos com deficiência intelectual, o Laudo Médico deverá vir acompanhado do original do Teste de Avaliação Cognitiva (Intelectual), especificando o grau ou nível de funcionamento intelectual em relação à média, emitido por médico psiquiatra ou por psicólogo, realizado no máximo em até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.***

**( ) 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, com expressa referência ao código correspondente da CID):

***\*Laudo com válido apenas dos últimos seis meses da data de análise da documentação.***

 /

Local Data

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

Assinatura do(a) candidato

Assinatura do responsável (candidato menor de 18 anos).