LAUDO MÉDICO DESTINADO AOS CANDIDATOS INGRESSANTES NAS VAGAS RESERVADAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCD)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome:

CPF: **Nascimento:**

Sexo: **e-mail:**

Processo:

LAUDO MÉDICO (Restrito ao Médico(a))

Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência nos Processos Seletivos para ingresso nos cursos de graduação e Processo Seletivo da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, de acordo com a Lei Federal 12711/2012, alterada pela Lei Federal 13409/2016, que o requerente possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência:

( ) Deficiência Física ( ) Surdez ou Deficiência Auditiva ( ) Cegueira ou Baixa Visão

( ) Deficiência Intelectual ( ) Transtorno Espectro Autista ( ) Deficiências Múltiplas

Grau de Deficiência:

( ) Grave ( ) Leve ( ) Moderada

Código Internacional de Doenças - CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

_____,_____,_____,_____,_____,_____,_____,_____.

Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:

_____

_____

_____

Provável causa da deficiência (quando for o caso):

_____

_____

_____

Áreas e/ou funções afetadas (quando for o caso):

_____

_____

_____

Limitações:

_____

_____

_____

OBS.: Este Laudo Médico não poderá conter rasuras e deverá ser assinado e carimbado por um médico especialista, conforme edital.
Apresentar os seguintes exames para comprovação da deficiência:
- Deficiência Física: exames que comprovem a deficiência;
- Surdez ou Deficiência Auditiva: exame de audiometria;
- Cegueira ou Baixa Visão: exame oftalmológico;
- Deficiência Intelectual e Transtorno de Espectro Autista: relatório de avaliação psicológica (modelo em anexo);
- Deficiências Múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme as áreas afetadas.

Médico(a):_____Especialidade: _____

_____

Local e Data

_____

Assinatura com carimbo e Registro CRM

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DESTINADO AOS CANDIDATOS INGRESSANTESNAS VAGAS RESERVADAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA- TEA

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome:

CPF: **Nascimento:**

Sexo: **e-mail:**

Processo:

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA (Restrito ao Psicólogo(a))

Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência Processos Seletivos para ingresso nos cursos de graduação e Processo Seletivo da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, de acordo com a Lei Federal 12711/2012, alterada pela Lei Federal 13409/2016, que o requerente possui_____.

Histórico da condição de deficiência apresentada e suas implicações na vida escolar e cotidiana da pessoa avaliada:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

OBS.: Este relatório de avaliação psicológica é destinado apenas para pessoas com DEFICIÊNCIA INTELECTUAL e TRANSTORNO DE ESPECTROAUTISTA - TEA. Não poderá conter rasuras.

Psicólogo(a):_____Especialidade: _____

_____

Local e Data

_____

Assinatura com carimbo e Registro CRP

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DESTINADO AOS CANDIDATOS INGRESSANTESNAS VAGAS RESERVADAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA- TEA

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA (Restrito ao Psicólogo(a))

Relatório da avaliação psicológica: (descrição dos instrumentos utilizados e avaliação do caso)
Descrição das áreas e/ou funções afetadas e suas implicações no processo de escolarização e vida diária:
(De acordo com a LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015):

OBS.: Este relatório de avaliação psicológica é destinado apenas para pessoas com DEFICIÊNCIA INTELECTUAL e TRANSTORNO DE ESPECTROAUTISTA - TEA. Não poderá conter rasuras.

Psicólogo(a):_____Especialidade: _____

_____
Local e Data

_____
Assinatura com carimbo e Registro CRP