

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

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:**

**Nome:**

**CPF:**

**Sexo:**

**Processo:**

**Nascimento:**

**e-mail:**

**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 INGRESSANTES NAS  
VAGAS RESERVADAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL  
TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA- TEA**

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:**

**Nome:**

**CPF:**

**Sexo:**

**Processo:**

**Nascimento:**

**e-mail:**

### 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:**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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 INGRESSANTES NAS  
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):**

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general writing. There are no margins, text, or other markings on the page.

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