

**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 no SiSU - Sistema de Seleção Unificada 2019/1 - Chamada Regular 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:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deficiência Física | <input type="checkbox"/> Surdez ou Deficiência Auditiva | <input type="checkbox"/> Cegueira ou Baixa Visão |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual | <input type="checkbox"/> Transtorno Espectro Autista | <input type="checkbox"/> Deficiências Múltiplas |

Grau de Deficiência:

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> 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 INTELCTUAL
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 no Vestibular 2023-2 Chamada Regular 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 INTELCTUAL 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 section contains multiple horizontal lines for writing the psychological assessment report.)

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