

FORMULÁRIO LAUDO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome		
Curso	Sexo	Data Nascimento ____/____/____
CPF		RG

LAUDO MÉDICO (RESTRITO AO MÉDICO)

Atesto, para a finalidade de concorrência a uma vaga reservada para pessoas com deficiência no Processo Seletivo EPAMIG ____ para ingresso em curso de graduação da EPAMIG, prevista nas Lei nº 22570/ALMG, de 05/07/2017, que o requerente acima identificado possui a deficiência abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (Lei nº 13.465, de 12 de janeiro de 2000).

Assinale as necessárias	Tipo de Deficiência	CID (quantos forem possíveis)									
	<p>DEFICIÊNCIA FÍSICA – desvantagem na independência física e na mobilidade a limitação da capacidade do indivíduo de desempenho autônomo das atividades da vida diária, caracterizada por: a) ausência, paralisação ou dificuldade de movimentos dos membros inferiores ou superiores que acarretem grave problema de locomoção, de ambulação ou equilíbrio; b) necessidade de utilização de equipamentos, suportes, próteses ou órteses para o desempenho de suas atividades; c) necessidade do auxílio de outra pessoa para a própria locomoção; III - desvantagem de ordem neurológica ou psíquica o distúrbio comportamental incapacitante, de caráter transitório, que ocasione dificuldades na execução de tarefas da vida diária e de atividades socioeconômicas.</p>										
	<p>DEFICIÊNCIA AUDITIVA – deficiência auditiva: limitação de ordem neurossensorial ou mista, em grau severo e profundo, com perda de 70% (setenta por cento) ou mais da capacidade de audição, nos dois ouvidos.</p>										
	<p>DEFICIÊNCIA VISUAL – acuidade visual igual ou inferior a 10% (dez por cento), ou seja, 20/200 (vinte duzentos avos) na escala Snellen, incluindo-se os casos de diplopia.</p> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse; width: 80%;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">DEFICIÊNCIA VISUAL</th> <th style="width: 33%;">OLHO DIREITO</th> <th style="width: 33%;">OLHO ESQUERDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Acuidade Visual</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Campo Visual</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DEFICIÊNCIA VISUAL	OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO	Acuidade Visual			Campo Visual			
DEFICIÊNCIA VISUAL	OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO									
Acuidade Visual											
Campo Visual											
	<p>DEFICIÊNCIA INTELECTUAL – desvantagem de ordem neurológica ou psíquica o distúrbio comportamental incapacitante, de caráter transitório, que ocasione dificuldades na execução de tarefas da vida diária e de atividades socioeconômicas., tais como (assinale abaixo): a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização de recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; h) trabalho.</p> <p style="text-align: center;">a)____ b)____ c)____ d)____ e)____ g)____ h)____</p>										

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 a 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.

Assinatura e carimbo com registro do CRM (legível)

Data: ____/____/____

Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:

Provável Causa da Deficiência (quando for o caso):

Área ou Função Afetadas (quando for o caso):

Limitações funcionais ou Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF):

Apresentar juntamente com este laudo, OBRIGATORIAMENTE, exames para comprovação da deficiência:

- Deficiência Auditiva: exame de audiometria;
- Deficiência Visual: exame oftalmológico/campimetria (se for a causa da deficiência);
- Deficiência Física: exames de imagem com laudo contendo assinatura e registro do profissional ou outros exames/relatórios que comprovem a deficiência;
- Deficiência Mental (Intelectual): exames ou relatórios pormenorizados com assinatura e registro do profissional, que comprovem a deficiência.
- Transtorno do Espectro Autista: relatórios pormenorizados com assinatura e registro do profissional, que comprovem a deficiência.

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo com registro do CRM (legível)