

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome _____
 Curso _____ Sexo _____
 Nascimento ____/____/____ Identidade _____ CPF _____

2. LAUDO MÉDICO (Restrito ao Médico)

Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência no Processo Seletivo dos Cursos Técnicos e Ensino Médio da CEDAF 2020, previstas nas Leis 12711/2012 e 13409/2016, que o requerente acima identificado possui a deficiência abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (artigo 4º do Decreto 3298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo artigo 70 do Decreto 5,296, de 02 de dezembro de 2004 e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 12,764, de 27 de dezembro de 2012).

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CID
<p>() DEFICIÊNCIA FÍSICA – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho das funções.</p>	

() **DEFICIÊNCIA AUDITIVA** – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.

FREQUÊNCIAS	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz
Ouvido Direito	= dB	= dB	= dB	= dB
Ouvido Esquerdo	= dB	= dB	= dB	= dB

() **DEFICIÊNCIA VISUAL** – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quais condições anteriores.

DEFICIÊNCIA VISUAL	OLHO DIREITO	OLHO ESQUERDO
Acuidade Visual		
Campo Visual	°	°

() **DEFICIÊNCIA MENTAL** – funcionamento intelectual **significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos** e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização de recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer e h) trabalho.

<input type="checkbox"/>	a	<input type="checkbox"/>	b	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>	d	<input type="checkbox"/>	e	<input type="checkbox"/>	f	<input type="checkbox"/>	g	<input type="checkbox"/>	h
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---

() **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA** – associação de duas ou mais deficiências.

() **TRANSTORNO AUTISTA E AUTISMO ATÍPICO** – 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.

Data: ____/____/____

Carimbo e Registro no CRM

Assinatura

LAUDO MÉDICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome _____

Curso _____ Sexo _____

Nascimento ____/____/____ Identidade _____ CPF _____

RELATÓRIO MÉDICO E HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA

Nome do Médico:

Especialidade:

Apresentar, juntamente com este laudo, os exames exigidos para comprovação da deficiência.

Data: ____/____/____

Carimbo e Registro no CRM

Assinatura