

LAUDO MÉDICO PARA COMPROVAÇÃO DA CONDIÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA PARA INGRESSO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA UNESPAR

Nome do(a) candidato(a): _____

Carteira de Identidade RG nº _____ CPF nº _____

Curso: _____, Bacharelado (), Licenciatura (),

Turno _____, Campus: _____

Nome do Médico: _____

Especialidade: _____

CRM: _____

Laudo Médico (Restrito ao Médico)

Declaro para os devidos fins e a pedido do(a) candidato(a) interessado(a) em ingressar em Curso de Graduação ofertado pela Universidade Estadual do Paraná por meio de reserva de vagas para pessoas com deficiência, que o requerente apresenta a deficiência abaixo assinalada:

() 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, triplicia, tripararesia, 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 produzam dificuldades para o desempenho de funções;

Código Internacional de Doenças - CID - 10: _____

Provável causa da Deficiência: _____

Descrição Clínica da Deficiência Física e das funções prejudicadas:

() Deficiência Auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (41 dB) ou mais, aferida pela média aritmética no audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz;

Código Internacional de Doenças - CID - 10: _____

Provável causa da Deficiência _____

Descrição do Resultado de Audiometria: _____

Nome do Profissional _____ Nº

de Registro profissional _____

Data de realização da audiometria: ____/____/____.

() Deficiência Visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; 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 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

Código Internacional de Doenças - CID - 10: _____

Provável causa da Deficiência _____

Resultado da Acuidade Visual Bilateral (com a melhor correção óptica) em 20/xxx:

Olho direito _____ Olho esquerdo _____

Descrição do Resultado de Campimetria: _____

Nome do Profissional _____

Nº de Registro profissional _____

Data de realização da Campimetria: ____/____/____

() Deficiência Mental / Intelectual- 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: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho;

Código Internacional de Doenças - CID - 10: _____

Provável causa da Deficiência _____

A deficiência se manifestou antes dos 18 anos? () sim () não

Descrição clínica detalhada da deficiência intelectual e funções prejudicadas:

() Transtorno do Espectro Autista - caracterizado por síndrome clínica na forma de I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; ou II - 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.

Código Internacional de Doenças - CID - 10: _____

Provável causa da deficiência _____

A deficiência se manifestou antes dos 18 anos? () sim () não

Descrição clínica detalhada do Transtorno do Espectro Autista e funções prejudicadas:

() **Múltipla Deficiência** - associação de duas ou mais deficiências.

No caso de **Múltipla Deficiência**, o profissional responsável pelo Laudo Médico deverá preencher os campos relativos às deficiências associadas que caracterizam a múltipla deficiência.

Possíveis limitações e/ou restrições decorrentes da deficiência apresentada pelo candidato (Física, Auditiva, Visual, Mental / Intelectual, Transtorno do Espectro Autista ou Múltipla Deficiência) na área acadêmica:

Assinatura do Médico: _____

Carimbo com nome e CRM do Médico

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o registro do diagnóstico, CID - 10: _____, neste presente atestado médico.

Assinatura do(a) Candidato(a)
(ou responsável legal se menor de 18 anos)

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____.