



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Fundação Universidade Federal do ABC**

**EDITAL N° 35/2023 - ANEXO III**

**LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA**

NOME DO CANDIDATO:	CPF:
--------------------	------

Faça uma descrição detalhada das alterações das funções e estruturas do corpo (física, auditiva, visual, intelectual e mental - psicossocial). Utilize folhas adicionais, se necessário (assinando e carimbando todas as folhas adicionais), e adicione informações e exames complementares solicitados abaixo para cada tipo de deficiência.

Descreva as limitações no desempenho de atividades da vida diária e restrições de participação social (informar se necessita de apoios – órteses, próteses, softwares, ajudas técnicas, cuidador etc.). Utilize folhas adicionais, se necessário (assinando e carimbando todas as folhas adicionais).

Rubrica e carimbo do médico ou fonoaudiólogo:

**Marque abaixo o tipo de deficiência:**

**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:

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Paraplegia            | <input type="checkbox"/> Paraparesia  | <input type="checkbox"/> Amputação ou ausência de membro                |
| <input type="checkbox"/> Monoplegia            | <input type="checkbox"/> Monoparesia  | <input type="checkbox"/> Estomia  |
| <input type="checkbox"/> Tetraplegia           | <input type="checkbox"/> Tetraparesia | <input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida |
| <input type="checkbox"/> Triplegia             | <input type="checkbox"/> Triparesia   | <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral                             |
| <input type="checkbox"/> Hemiplegia            | <input type="checkbox"/> Hemiparesia  | <input type="checkbox"/> Nanismo (altura: _____)                        |
| <input type="checkbox"/> Outras - especificar: |                                       |   |

**Anexar laudo do médico especialista.**

**DEFICIÊNCIA AUDITIVA** - Perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.

**Anexar audiograma. Este laudo pode ser assinado pelo fonoaudiólogo.**

**DEFICIÊNCIA VISUAL**

**Cegueira** - Acuidade visual  $\leq 0,05$  (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;

**Baixa Visão** - Acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica; somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.

**Obs.: Anexar laudo oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório do campo visual em graus.**

**Visão Monocular** - Conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira legal em um olho, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) (ou cegueira declarada por oftalmologista).

**Anexar laudo oftalmológico.**

**DEFICIÊNCIA INTELECTUAL** - Funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comunicação     | <input type="checkbox"/> Saúde e segurança                    |
| <input type="checkbox"/> Cuidado pessoal | <input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas               |
| <input type="checkbox"/> Lazer           | <input type="checkbox"/> Habilidades sociais                  |
| <input type="checkbox"/> Trabalho        | <input type="checkbox"/> Utilização de recursos da comunidade |

**Anexar laudo do médico especialista.**

Rubrica e carimbo do médico ou fonoaudiólogo:

**TRANSTORNO MENTAL** - Psicossocial - conforme Convenção da ONU - Esquizofrenia, Transtornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (No laudo do médico especialista, informar data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas).  
**Anexar laudo do médico especialista.**

**TRANSTORNO MENTAL - ESPECTRO AUTISTA** - Lei 12764/2012 –  
**Anexar laudo do médico especialista.**

**DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA** - Associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima).

Em atenção ao Capítulo V - DA INSCRIÇÃO DE CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA, solicito minha inscrição na condição de pessoa com deficiência. Autorizo a apresentação deste Laudo, relatórios complementares e exames destinados a este fim à equipe avaliadora da UFABC.

Assinatura do candidato

Data

Assinatura e carimbo do Médico ou Fonoaudiólogo

Data