**LAUDO MÉDICO – Preenchimento exclusivo por profissional da área da saúde**

(Para candidato(a)s inscrito(a)s nas vagas reservadas a Pessoas com Deficiência - PcD)

Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência nos processos seletivo da Universidade Federal de Santa Catarina, previstas na Lei nº 12.711/2012, alterada pela Lei nº 13.409/2016, que o(a) candidato(a) acima identificado(a) possui a deficiência abaixo assinalada:

**Tipo de deficiência:**

( ) Deficiência Auditiva/Surdez

( ) Deficiência Física

( ) Deficiência Intelectual

( ) Deficiência Mental

( ) Deficiência Múltipla

( ) Deficiência Visual (Baixa visão/cegueira)

( ) Visão Monocular

( ) Transtorno do Espectro Autista - TEA

**Código Internacional de Doenças – CID** (Preencher com um ou mais CIDs, de acordo com a condição do candidato(a))**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS A SEGUIR:**

**Para pessoas com TEA,** incluir neste item a descrição das características do sujeito no que diz respeito a comunicação e interação e ao comportamento, e também os suportes necessários e os impactos percebidos na aprendizagem.

**Para pessoas com deficiência mental (psicossocial),** incluir neste item os impactos percebidos na interação, comunicação e demais atividades do dia a dia, relacionados à condição de deficiência mental. Entende-se a deficiência psicossocial como sequela (resultado) de transtorno mental, ou seja, sinais e características atrelados a um quadro psiquiátrico já estabilizado e com impacto na funcionalidade do sujeito.

**Para pessoas com deficiência intelectual**, incluir neste item a descrição de que as manifestações ocorreram antes dos dezoito anos e que as limitações estão associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: 1. comunicação; 2. cuidado pessoal; 3. habilidades sociais; 4. utilização dos recursos da comunidade; 5. saúde e segurança; 6. habilidades acadêmicas; 7. lazer; e 8. trabalho (Art. 5º, § 1º, I, “d”, do Decreto nº 5.296/2004).

**Descrição detalhada da deficiência:**

**Provável causa da deficiência (quando for o caso):**

**Áreas e/ou funções afetadas (quando for o caso):**

**Limitações/barreiras enfrentadas:**

**EXAMES PARA COMPROVAÇÃO DA DEFICIÊNCIA:**

**Apresentar, juntamente com este laudo, os seguintes exames para comprovação da deficiência:**

- Para candidatos com Deficiência Auditiva (Surdez), além do laudo médico, devem apresentar os seguintes exames: audiometria (tonal e vocal) e imitanciometria, realizados nos vinte e quatro meses anteriores à inscrição neste processo seletivo, nos quais constem nome legível, carimbo, assinatura e número do conselho de classe do profissional que realizou cada um dos exames.

- Para candidatos com Deficiência Visual, além do laudo médico, devem apresentar exame oftalmológico em que conste a acuidade visual e o campo visual, realizado no máximo nos vinte e quatro meses anteriores à inscrição neste processo seletivo, como também o nome legível, carimbo, assinatura e CRM do profissional que realizou o exame.

- Para candidatos com Deficiência Múltipla: exames que comprovem as deficiências, conforme as áreas afetadas.

**Nome legível do(a) profissional da área da saúde responsável pelo preenchimento:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Especialidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Carimbo e nº de registro do conselho de classe no qual é inscrito:**

**Assinatura do(a) Profissional da área da saúde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**

Obs.:

- Todas as páginas deste laudo médico deverão ser rubricadas e carimbadas pelo(a) profissional da área da saúde responsável pelo seu preenchimento;

- Este laudo médico não poderá conter rasuras.