

**LAUDO MÉDICO CARACTERIZADOR DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA PARA CONCORRÊNCIA EM RESERVA DE VAGAS
FIES/PROUNI (AÇÕES AFIRMATIVAS - PCD)**

IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A) - DUAS PÁGINAS

NOME:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

CID:

Atesto, para a finalidade de concorrência a vaga de pessoa com deficiência, para ingresso no UNIFSA, de acordo com o Decreto nº 3.298/1999, com a Instrução Normativa SIT/MTE nº 98, de 15/08/2012, e o parecer CONJUR/MTE nº 444/2011, observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Lei nº 12.764/2012, Lei nº 13.146/2015, Lei nº 15.176/2025, CONJUR MTE nº 444/2011 e Lei Nº 8.048/2023, de 25 de maio de 2023, publicada no Diário Oficial do Estado do Piauí.

Assinalar a informação que melhor descreva a deficiência do(a) avaliado(a) e anexe o respectivo documento comprobatório:

() I - 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, membros com deformidade congênita ou adquirida, nanismo (altura: _____).
Outras (especificar): _____.

Obs.: ESPECIALISTA COM RQE (ex: Ortopedista, Neurologista)

() V - Deficiência Intelectual: Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais 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;
- h) Trabalho.

Idade de Início:

Obs: ESPECIALISTA COM RQE (ex:Neurologista, Psiquiatra)

() II - 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.

Obs: ESPECIALISTA COM RQE (ex: Otorrinolaringologista)
ANEXAR AUDIOGRAMA

() VI a- Deficiência Mental – Psicossocial: conforme Convenção ONU - Esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, outras limitações psicossociais. Informar se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença (assinalar também as limitações para habilidades adaptativas no quadro acima). Obs: Anexar laudo do especialista.

Obs: ESPECIALISTA COM RQE (ex: Psiquiatra)

() III - 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 for igual ou menor que 60 graus.

() Visão Monocular - acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) em um olho (ou cegueira declarada por oftalmologista).

() IV - Transtorno de Espectro Autista (Lei nº 12.764/2012). A pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Obs: ESPECIALISTA COM RQE (ex:Neurologista, Psiquiatra)

() VII - Fibromialgia - (Lei nº 15.176/2025). A pessoa com Fibromialgia pode ser considerada pessoa com deficiência desde que apresente avaliação biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, observando os critérios estabelecidos no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), incluindo a análise de impedimentos nas funções corporais e estruturas do corpo; fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação para desempenho de atividades, bem como a restrição de participação.

Obs: ESPECIALISTA COM RQE (Reumatologista)

() VII - Deficiência Múltipla: Associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima).

Eu, _____, médico(a) especialista em _____, CRM _____ e RQE _____, Endereço da Clínica/Unidade de Saúde: _____, Telefone/E-mail: _____, declaro estar ciente de que, com base neste laudo por mim assinado, o(a) avaliado(a) está sendo enquadrado(a) na COTA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA no Processo Seletivo do FIES/PROUNI para vagas em cursos de Graduação do UNIFSA. Estou ciente que quaisquer informações inverídicas prestadas poderão implicar no indeferimento da solicitação da vaga e na aplicação de medidas legais cabíveis. Por ser verdade, dato, carimbo e assino.

Data: ____/____/____

Assinatura/Carimbo/CRM/RQE: _____

OBS: O preenchimento de todas as informações é obrigatório

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DA DEFICIÊNCIA - HISTÓRICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA

PROVÁVEL CAUSA DA DEFICIÊNCIA (quando for o caso)

ÁREA(S) OU FUNÇÃO AFETADA(S) (quando for o caso)

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS OU CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)

Apresentar juntamente com este LAUDO, **OBRIGATORIAMENTE**, exames para comprovação da deficiência.

- Deficiência auditiva: exame de audiometria.
- Deficiência visual: exame oftalmológico.
- Deficiência física: exames de imagem (raio-X, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética) com laudo ou relatório contendo assinatura e registro do/a profissional ou outros que comprovem a deficiência, descrevendo de forma detalhada a incapacidade ou limitação funcional.
- Deficiência mental (intelectual): exames ou relatórios pormenorizados de médico/a ou outro/a profissional que comprovem a deficiência.
- Transtorno do Espectro Autista: relatórios pormenorizados de médico/a ou outro/a profissional que comprovem a deficiência.
- Fibromialgia - apresentar uma avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar descrevendo de forma detalhada os impedimentos e as limitações em documento único, com a assinatura de todos os profissionais envolvidos, e seus respectivos registros nos conselhos de classe.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO COM REGISTRO DO CRM E RQE _____