

ANEXO IV**LAUDO MÉDICO CARACTERIZADOR DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA PARA CONCORRÊNCIA EM RESERVA DE VAGAS
(AÇÕES AFIRMATIVAS - PCD 1 e PCD 2)****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 na UFPI, 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 13.409/2016, 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, triparemia, 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)

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

III - **Deficiência Visual:**

Cegueira - acuidade visual ≤ 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)

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)

VI - **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 _____, 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 para vagas em cursos de Graduação/Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí. Estou ciente que quaisquer informações inverídicas prestadas poderão implicar no indeferimento da vaga e na aplicação de medidas legais cabíveis. Por ser verdade, data, carimbo e assino.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura/Carimbo/CRM/RQE: _____

OBS: O preenchimento de todas as informações é obrigatório

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DESCRÍÇÃO 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.

- a. Deficiência auditiva: exame de audiometria.
- b. Deficiência visual: exame oftalmológico.
- c. 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.
- d. Deficiência mental (intelectual): exames ou relatórios pormenorizados de médico/a ou outro/a profissional que comprovem a deficiência.
- e. Transtorno do Espectro Autista: relatórios pormenorizados de médico/a ou outro/a profissional que comprovem a deficiência.
- f. 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 _____