



ANEXO VII MODELO DE LAUDO MÉDICO

PROCESSO SEI N° 23243.010462/2025-44

DOCUMENTO SEI N° 2836841

ANEXOS

EDITAL N° 169/2025/REIT - CEA/IFRO (SEI N° 2836796), DE 9 DE NOVEMBRO DE 2025

EDITAL N° 170/2025/REIT - CEA/IFRO (SEI N° 2836797), DE 9 DE NOVEMBRO DE 2025

EDITAL N° 171/2025/REIT - CEA/IFRO (SEI N° 2836798), DE 9 DE NOVEMBRO DE 2025

PROCESSO SELETIVO UNIFICADO – PSU 2026/1

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

(De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei nº 13.146/2015, Lei nº 12.764/2012, Decreto nº 3.298/1999 e Instrução Normativa SIT/MTE nº 98, de 15/08/2012.)

Nome: _____

CPF: _____

CID: _____

Origem da Deficiência: () Congênita () Acidente comum () Doença comum () Acidente/Doença do trabalho () Adquirida pós-operatório

Descrição detalhada dos impedimentos (alterações): (Utilizar folhas adicionais, se necessário)

Descrição das limitações nas atividades da vida diária e restrições de participação social:(Utilizar folhas adicionais, se necessário)

TIPO DE DEFICIÊNCIA (ASSINALAR O(S) CAMPO(S) CORRESPONDENTE(S))

I – Deficiência Física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando comprometimento da função física:

() 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: _____ m) () Outras: _____

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.

Anexar audiograma.

III – Deficiência Visual

() Cegueira – acuidade visual $\leq 0,05$ (20/400) no melhor olho, com melhor correção óptica;

() Baixa visão – acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho;

() Somatória do campo visual em ambos os olhos $\leq 60^\circ$.

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

(De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei nº 13.146/2015, Lei nº 12.764/2012, Decreto nº 3.298/1999 e Instrução Normativa SIT/MTE nº 98, de 15/08/2012.)

 Anexar laudo oftalmológico com acuidade visual pela tabela de Snellen ou somatório do campo visual.

III a) – Visão Monocular – conforme Parecer CONJUR/MTE nº 444/2011: cegueira legal em um olho (acuidade ≤ 0,05 com melhor correção).

 Anexar laudo oftalmológico.

IV – Deficiência Intelectual – funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas:

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

 Anexar laudo do especialista.

IV a) – Deficiência Mental (Psicossocial) – conforme Convenção da ONU: esquizofrenia, transtornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impeçam a plena e efetiva participação na sociedade.

 Anexar laudo do especialista.

IV b) – Deficiência Mental (Lei nº 12.764/2012 – Espectro Autista)

 Anexar laudo do especialista.

V – Deficiência Múltipla – associação de duas ou mais deficiências (assinalar cada uma acima).

 Anexar laudo do especialista.

CONCLUSÃO

O(a) examinado(a) está enquadrado(a) nas definições do artigo 2º da Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão), dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999 (com alterações do Decreto nº 5.296/2004), do artigo 1º, §2º, da Lei nº 12.764/2012, do Parecer CONJUR nº 444/2011 e das recomendações da Instrução Normativa nº 98/SIT/2012, em conformidade com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949/2009).

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a) Responsável:

Data: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A):

Estou ciente de que estou sendo enquadrado(a) na cota de pessoas com deficiência e autorizo a apresentação deste laudo e exames ao IFRO.

Assinatura do(a) Candidato(a):

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

(De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei nº 13.146/2015, Lei nº 12.764/2012, Decreto nº 3.298/1999 e Instrução Normativa SIT/MTE nº 98, de 15/08/2012.)

Data: ____ / ____ / ____



Documento assinado eletronicamente por **Kelly Cristiane Catafesta, Coordenador(a)**, em 10/11/2025, às 08:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Moisés José Rosa Souza, Reitor(a)**, em 10/11/2025, às 08:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ifro.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2836841** e o código CRC **FCCA0D84**.