



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
Processo Seletivo 2012-2 – EDITAL N. 021/2012

**ANEXO I – LAUDO MÉDICO**

O candidato deverá ENTREGAR, pessoalmente ou por terceiro, o original deste laudo, devidamente preenchido, até o dia **17 de abril de 2012**, exceto sábados, domingos e feriados, no horário de 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas no Centro de Seleção/UFG Rua 226, Q. 71, s/n, Setor Universitário, CEP. 74610–130, Goiânia–GO.

O laudo médico poderá ser encaminhado, também, via SEDEX, sendo que somente serão considerados aqueles cuja postagem seja efetuada até o dia **17 de abril de 2012**.

Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato. Consulte o subitem 3.6 do Edital.

**(Antes de preencher este documento recomenda-se a leitura do Edital, em especial a do item 3)**

O (a) candidato(a) \_\_\_\_\_  
inscrição n. \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação n. \_\_\_\_\_, CPF n. \_\_\_\_\_, telefone (s) \_\_\_\_\_,  
concorrendo ao Processo Seletivo 2012-1, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores.

Assinale ou circule, a seguir, o tipo de deficiência do candidato:

**I – DEFICIÊNCIA FÍSICA\***

<b>1. Paraplegia</b>	<b>6. Tetraparesia</b>	<b>11. Amputação ou Ausência de Membro</b>
<b>2. Paraparesia</b>	<b>7. Triplegia</b>	<b>12. Paralisia Cerebral</b>
<b>3. Monoplegia</b>	<b>8. Tri paresia</b>	<b>13. Membros com Deformidade Congênita ou Adquirida</b>
<b>4. Monoparesia</b>	<b>9. Hemiplegia</b>	<b>14. Ostomias</b>
<b>5. Tetraplegia</b>	<b>10. Hemiparesia</b>	<b>15. Nanismo</b>

**\*Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.**

**II – DEFICIÊNCIA AUDITIVA\*:** perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

**\* Para os candidatos portadores de deficiência auditiva,** o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições, acompanhado do relatório do otorrinolaringologista informando se a perda auditiva do candidato é passível de alguma melhora com uso de prótese. Nos casos em que o relatório do otorrinolaringologista informar melhora da audição com o uso de prótese, o candidato deverá apresentar também exame de audiometria com o uso de prótese, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

### III – DEFICIÊNCIA VISUAL:

**Cegueira** - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

**Baixa visão** - acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

**Campo visual** - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.

**A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.**

**Visão monocular.**

**Para os candidatos portadores de deficiência visual**, o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

**IV – DEFICIÊNCIA MENTAL: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:**

<b>1. Comunicação</b>	<b>3. Habilidades sociais</b>	<b>5. Saúde e segurança</b>	<b>7. Lazer</b>
<b>2. Cuidado pessoal</b>	<b>4. Utilização dos recursos da comunidade</b>	<b>6. Habilidades acadêmicas</b>	<b>8. Trabalho</b>

**V – DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências.**

**VI- CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):**


**VII- DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA (o médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças):**


**VIII - TEMPO ADICIONAL (se, em razão da deficiência, o candidato necessitar de tempo adicional para fazer a prova, o especialista da área de sua deficiência deverá expressar claramente abaixo essa informação com a respectiva justificativa).**


\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local data

\_\_\_\_\_  
Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) candidato(a)**