

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
CENTRO DE SELEÇÃO
EDITAL n. 04/2012**

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (HC/UFG), RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE EM MEDICINA VETERINÁRIA NOS HOSPITAIS VETERINÁRIOS DA ESCOLA DE VETERINÁRIA E ZOOTECNIA DA UFG (EVZ/UFG) E DO CÂMPUS DE JATAÍ/UFG E RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA/FO/UFG – 2013.

ANEXO II - LAUDO MÉDICO PARA OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

O candidato deverá entregar o original deste laudo, devidamente preenchido, até o dia **9 de janeiro de 2013**, exceto sábados, domingos e feriados, no horário de 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas no Centro de Seleção/UFG, situado à Rua 226, Qd. 71, s.n, Setor Universitário, CEP 74610-130, Goiânia-GO.

O candidato poderá, ainda, enviar, via SEDEX, à suas expensas, o original do laudo para o Centro de Seleção da UFG, sendo que, somente serão considerados aqueles cuja postagem seja efetuada até o 1º (primeiro) dia útil após o encerramento das inscrições.

Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.

Os candidatos portadores de deficiência deverão anexar ao laudo os exames solicitados, conforme o item 4 do Edital.

(Antes de preencher este documento recomenda-se a leitura do Edital, em especial do item 4)

O(A) candidato(a) _____

inscrição n. _____, **portador(a) do documento de identificação n.** _____, **CPF n.** _____, **telefone** _____, **concorrendo ao Processo Seletivo de Residência da COREMU/2013 foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n. 3.298, de 20/12/99 e suas alterações posteriores.**

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

I – DEFICIÊNCIA FÍSICA*

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

***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.

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.

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:

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

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)

(Se necessário, utilize o verso)