

PROGRAMA DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO DO CAMPO/2016-1

ANEXO II – LAUDO MÉDICO

O laudo médico deverá ser entregue, em envelope lacrado e identificado, ou enviado por encomenda expressa (Sedex ou similar) até o último dia previsto no Cronograma do Processo Seletivo (Anexo I do Edital), para o Centro de Seleção da UFG, situado à Rua 226, Qd. 71, s./n., Setor Universitário, CEP 74610-130, Goiânia-GO, no horário das 8 às 17 horas, exceto sábados, domingos e feriados. O Laudo Médico também poderá ser entregue na Secretaria Regional do CGA em Catalão, sala 13, Bloco Administrativo, situada à Av. Lamartine Pinto de Avelar, n.º 1.120, Setor Universitário, Catalão-GO ou da Regional da Cidade de Goiás, situada à Avenida Bom Pastor, s/n, Setor Areião, Cidade de Goiás-GO, no horário das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas, exceto sábados, domingos e feriados.

O laudo médico encaminhado por encomenda expressa somente será considerado se postado até o último dia previsto no Cronograma do Processo Seletivo.

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

O(a) candidato(a) _____
inscrição n.º _____, portador(a) do documento de identificação n.º _____,
CPF n.º _____, telefones _____, concorrendo ao Processo Seletivo para o Programa de Licenciatura em Educação do Campo da UFG – 2016-1, 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 e na súmula nº 377-STJ, de 22/04/2009.

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

() 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.

() 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 com deficiência auditiva, o laudo médico 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.

() 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 com deficiência visual, o laudo médico 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.

() DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: 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 |

Para os candidatos portadores de deficiência mental, o laudo médico deverá vir acompanhado do original do Teste de Avaliação Cognitiva (Intelectual), especificando o grau ou nível de funcionamento intelectual em relação à média, emitido por médico psiquiatra ou por psicólogo, realizado no máximo em até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

() DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências: _____

I – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10): _____

II – 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 CID):

III – 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).

O laudo que não apresentar a justificativa para concessão do tempo adicional ou aquele no qual o médico descrever que o candidato não necessita desse tempo terá o pedido indeferido.

IX – OUTRAS SOLICITAÇÕES (se, em razão da deficiência, o candidato necessitar de PROVA AMPLIADA, LECTOR DE PROVA, INTÉRPRETE DE LIBRAS ETC. o médico deve declarar essa informação).

_____, ____/____/____
Local Data

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

Assinatura do(a) candidato(a)