

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE SELEÇÃO**

**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E RESIDÊNCIA EM ÁREA
PROFISSIONAL EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
COREMU-UFG – EDITAL N. 05/2017**

ANEXO II – LAUDO MÉDICO

Todos os dados solicitados no laudo devem ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato. Consulte os itens 4 e 5 do Edital.

O laudo médico deverá ser entregue ou enviado (por encomenda expressa, tipo Sedex ou similar), até o último dia previsto no Cronograma do Processo Seletivo (Anexo I do Edital), ao Centro de Seleção/UFG, situado à Rua 226, s/n, Qd. 71, Setor Universitário, CEP 74610-130, Goiânia-GO, no horário das 8 às 17 horas, exceto sábados, domingos e feriados.

O(a) candidato(a) _____
inscrição n.º _____, portador(a) do documento de identificação n.º _____,
CPF n.º _____, telefones _____, concorrendo ao
Processo Seletivo para ingresso no Programa de Residência em Área Profissional da Saúde em Medicina Veterinária
da UFG – 2017, para a Área Profissional de _____, foi submetido(a), nesta data, a
exame clínico sendo identificado(a) a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n. 3.298, de
20/12/99 e suas alterações posteriores e na súmula n.º 377-STJ, de 22/04/2009.

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

DEFICIÊNCIA FÍSICA*

1. <input type="checkbox"/> Paraplegia	6. <input type="checkbox"/> Tetraparesia	11. <input type="checkbox"/> Amputação ou Ausência de Membro
2. <input type="checkbox"/> Paraparesia	7. <input type="checkbox"/> Triplegia	12. <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral
3. <input type="checkbox"/> Monoplegia	8. <input type="checkbox"/> Triparesia	13. <input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida
4. <input type="checkbox"/> Monoparesia	9. <input type="checkbox"/> Hemiplegia	14. <input type="checkbox"/> Ostomias
5. <input type="checkbox"/> Tetraplegia	10. <input type="checkbox"/> Hemiparesia	15. <input type="checkbox"/> 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 BERA 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 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

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.

IV – OUTRAS SOLICITAÇÕES (se, em razão da deficiência, o candidato necessitar de PROVA AMPLIADA, LEDOR 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)