

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TRABALHO PARA O SUS**  
**ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA “CÂNDIDO SANTIAGO”**  
**GRUPO TÉCNICO DO PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E**  
**MULTIPROFISSIONAL DA SES-GO**  
**EDITAL Nº 032/2017 SEST-SUS/SES-GO**

**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS**

**ANEXO III – 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 Unificado para ingresso nos programas de Residência Médica da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – 2018 – para a ÁREA/ESPECIALIDADE – Código \_\_\_\_\_, 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 nº 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 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 e, neste caso, apresentar também exame de audiometria com o uso de prótese, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições

**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 com deficiência intelectual, 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.

( ) **TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:** deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

( ) **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, 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