

O Laudo Médico deverá ser digitalizado e anexado (upload) na página de inscrição, em formato PDF, juntamente com os exames exigidos dentro do prazo previsto no Cronograma do Processo Seletivo (Anexo I).

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

O(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação n.º \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, telefones \_\_\_\_\_, 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; com o art. 5º do Decreto Federal nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004; com a Súmula nº 377 – STJ, de 22 de abril de 2009; com o parágrafo 1º da Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista); com o art. 2º da Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015.

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 12 (doze) 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** – acuidade visual medida monocularmente menor que 20/400 e ausência de deficiência visual no olho contralateral.

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 12 (doze) 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. <input type="checkbox"/> Comunicação     | 3. <input type="checkbox"/> Habilidades sociais                   | 5. <input type="checkbox"/> Saúde e segurança      | 7. <input type="checkbox"/> Lazer    |
| 2. <input type="checkbox"/> Cuidado pessoal | 4. <input type="checkbox"/> Utilização dos recursos da comunidade | 6. <input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas | 8. <input type="checkbox"/> 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 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições.

**DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA:** associação de duas ou mais deficiências: \_\_\_\_\_

( ) **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.

**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 Médico 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

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

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

**Todas as páginas deste Laudo Médico deverão ser rubricadas e carimbadas pelo médico responsável.**