

## CONCURSO PÚBLICO – EDITAL N. 01/2010

### ANEXO III – LAUDO MÉDICO PARA OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

O candidato ou seu representante deverá entregar o original deste Laudo, até o dia 12 de abril de 2010, exceto sábados, domingos e feriados, pessoalmente ou por terceiro e uma cópia legível do CPF, no Centro de Seleção da UFG, sito à Rua 226, q. 71, s/n, Setor Universitário, CEP. 74610-130, Goiânia-GO, no horário de 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas ou encaminhá-lo, às suas expensas, via SEDEX, de acordo com o especificado no Edital do certame.

Conforme as exigências do subitem 3.3.1 do Edital, o Laudo deverá: a) constar o nome e o número do documento de identificação do candidato, o nome, a assinatura do médico responsável pela emissão do Laudo e o número do seu registro no Conselho Regional de Medicina - CRM; b) constar a espécie e o grau ou nível da deficiência, bem como a provável causa da mesma, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID 10); c) constar, quando for o caso, a necessidade de uso de órteses, próteses ou adaptações; d) vir acompanhado do original do exame de audiometria recente realizada até 06 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições, no caso de deficiente auditivo; e) vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em AO (ambos os olhos), patologia e campo visual, realizada até 06 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições, no caso de deficiente visual.

O (a) candidato(a) \_\_\_\_\_,  
documento de identificação n. \_\_\_\_\_, órgão expedidor: \_\_\_\_\_,  
inscrição n°: \_\_\_\_\_, para o cargo: \_\_\_\_\_  
foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de DEFICIÊNCIA \_\_\_\_\_

de conformidade com o Decreto n.º 3.298, de 20/12/99 e suas alterações posteriores.

Assinale, 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:

- 1 Cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.
- 2 Baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

3 Campo visual - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.

4 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.

**CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) DA PATOLOGIA:**

**Descrição detalhada da deficiência conforme itens “b” e “c” deste documento:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**TEMPO ADICIONAL** (Se, em razão da deficiência, o candidato necessitar de tempo adicional para fazer a **Prova Objetiva**, o especialista da área de sua deficiência deverá expressar claramente abaixo essa informação com a respectiva justificativa).

---

---

---

Local e Data	Assinatura, Carimbo e CRM do Médico
Assinatura do Candidato (Se necessário utilize o verso)	