

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
CENTRO DE SELEÇÃO
EDITAL N. 01/2019

LAUDO MÉDICO

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) _____
portador(a) do documento de identificação n.º _____, CPF n.º _____,
telefones _____, concorrendo ao SiSU 2019, foi submetido(a), nesta data, a exame
clínico sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n.º 3.298/99, Decreto n.º 5.296/04
e a Lei n.º 13146/15.

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. O candidato com deficiência física poderá apresentar exames comprobatórios que comprovem a deficiência.

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.

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.**

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.

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

() **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 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições.

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

Para os candidatos com deficiência múltipla, o laudo médico deverá vir acompanhado dos documentos comprobatórios previstos no Edital de uma das 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.

Obs.: No caso de pessoa com transtorno do espectro autista, o laudo médico deverá ser acompanhado de documentos que comprovem o transtorno.

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

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

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 letra legível, com expressa referência ao código correspondente da CID):

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

Assinatura do (a) candidato