

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
CENTRO DE SELEÇÃO  
EDITAL n. 01/2013

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (HC/UFG), RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE EM MEDICINA VETERINÁRIA NOS HOSPITAIS VETERINÁRIOS DA ESCOLA DE VETERINÁRIA E ZOOTECNIA DA UFG (EVZ/UFG) E DO CÂMPUS DE JATAÍ/UFG E RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFG (FO/UFG) – 2014.

**ANEXO II – LAUDO MÉDICO**

O candidato deverá ENTREGAR o original deste laudo, devidamente preenchido, até o dia **23 de outubro de 2013**, exceto sábados, domingos e feriados, no horário de 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas no Centro de Seleção/UFG Rua 226, Q. 71, s/n, Setor Universitário, CEP. 74610-130, Goiânia-GO.

O candidato poderá, ainda, ENVIAR, via SEDEX, à suas expensas, o original do laudo para o Centro de Seleção da UFG, sendo que, somente serão considerados aqueles cuja postagem seja efetuada até o 1º (primeiro) dia útil após o encerramento das inscrições.

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) \_\_\_\_\_

inscrição n. \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação n. \_\_\_\_\_, CPF n. \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, concorrendo ao Processo Seletivo para ingresso no Programa de: Residência Multiprofissional em Saúde ou Residência em Área Profissional da Saúde em Medicina Veterinária ou Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada 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 (circule), 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:**

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.

**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.

VI- CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):


VII- 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 Classificação Internacional de Doenças):


VIII - 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.

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

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

(Se necessário, utilize o verso)