

ANEXO III – LAUDO MÉDICO

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(à) candidato(a).

O(a) candidato(a), _____, portador(a) do CPF nº _____, telefones _____, 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 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores; Decreto n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004; Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012; Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015; com a Lei n.º 14.126, de 22 de março de 2021.

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência do(a) candidato(a):

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

*Para os(as) candidatos(as) com deficiência física, o laudo médico deverá ser assinado por médico ortopedista. Não serão consideradas deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. O(A) candidato(a) com deficiência física deverá apresentar exames comprobatórios que comprovem a deficiência, realizado até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições.

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(as) candidatos(as) com deficiência auditiva, o laudo médico deverá ser assinado por médico otorrinolaringologista. 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(a) 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.

Visão monocular - visão normal em um olho e cegueira no olho contralateral com acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400), 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(as) candidatos(as) com deficiência visual, o laudo médico deverá ser assinado por médico oftalmologista. O laudo deverá ser 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. Essa informação poderá ser registrada no próprio laudo médico.

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(as) candidatos(as) com deficiência intelectual, o laudo médico deverá ser assinado por médico psiquiatra. O laudo deverá ser acompanhado do original do teste de avaliação cognitiva (intelectual), especificando o grau ou o nível de funcionamento intelectual em relação à média, emitido por psicólogo(a), a partir de teste psicológico com parecer favorável do Conselho Federal de Psicologia, conforme consta na Plataforma Satepsi, realizado até, no máximo, 12 (doze) meses antes do último dia das inscrições.

DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA* associação de duas ou mais deficiências: _____

*Para os(as) candidatos(as) 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.

*Para os(as) candidatos(as) com deficiência Transtorno do Espectro Autista, o laudo médico deverá ser assinado por médico psiquiatra. O laudo médico deverá servir acompanhado de documentos que demonstrem o histórico do diagnóstico e dos acompanhamentos realizados nas áreas clínica e educacional.

I – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 11): _____

II - DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA o(a) médico(a) 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:

III - TEMPO ADICIONAL (se, em razão da deficiência, o(a) candidato(a) necessitar de tempo adicional para fazer a prova, o(a) especialista da área de sua deficiência deverá expressar claramente abaixo essa informação com a respectiva justificativa).

_____ (cidade), ____/____/____.

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

Assinatura do(a) candidato(a)