COMUNICADO COMPLEMENTAR Nº 01/2025 AO COMUNICADO Nº 03/2025

O Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Estado de Goiás – SEBRAE/GO, entidade associativa de direito privado, sem fins lucrativos, instituída na forma de serviço social autônomo, desvinculada da administração pública, nos termos do inciso XVIII do art. 5º da Constituição Federal de 1988, criada pela Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, regulamentada pelo Decreto nº 99.570, de 9 de outubro de 1990, e posteriormente alterada pela Lei nº 8.154, de 28 de dezembro de 1990, com sede e Foro em Goiânia/GO, na Avenida T-3, nº 1000, Setor Bueno, CNPJ nº 01.269.984/0001-73, denominado simplesmente SEBRAE/GO, vem por meio da Unidade Gestão de Pessoas, tornar público o presente Comunicado Complementar com as seguintes retificações:

1. Retifica no ANEXO III – MODELO DE LAUDO MÉDICO o seguinte trecho, no qual passa a vigorar com a seguinte redação:

ONDE SE LÊ:

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/Concurso.
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 documento de identificação nº _____, 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; com o art. 5º do Decreto Federal n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004; com a Lei n.º 14.126, de 22 de março de 2021; com o parágrafo 1º da Lei Federal n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista); com o art. 2º da Lei Federal n.º 13.146, de 6 de julho de 2015.

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência do(a) candidato(a): ( ) 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. O(A) candidato(a) com deficiência física poderá 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 vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado até 24 (vinte e quatro) 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**.

Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas - Sebrae Goiás
Av. T-3, 1.000, Setor Bueno. Goiânia - Goiás. CEP: 74215-095
Tel.: 0800 570 0800 / www.sebraego.com.br

* Para os(as) candidatos(as) 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 24 (vinte e quatro) 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. ( ) 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 (as) candidatos(as) 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 (a) psiquiatra ou por psicólogo (a), realizado até 24 (vinte e quatro) meses anteriores ao último dia das inscrições.

( ) DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA* associação de duas ou mais eficiências:_____
*Para os(as) candidatos(as) com deficiência múltipla, o laudo médico deverá vir acompanhado dos documentos comprobatórios previstos no Comunicado 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 transtorno do espectro autista, o laudo médico deverá vir acompanhado de documetos que comprovem o transtorno, e possui prazo de validade indeterminado, desde que observados os requisitos estabelecidos na legislação pertinente.

LEIA-SE:

O Laudo Médico deverá ser digitalizado e anexado (upload) na página de inscrição, em formato PDF, dentro do prazo previsto no Cronograma do Processo Seletivo. 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 documento de identificação nº _____, 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; com o art. 5º do Decreto Federal n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004; com a Lei n.º 14.126, de 22 de março de 2021; com o parágrafo 1º da Lei Federal n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista); com o art. 2º da Lei Federal n.º 13.146, de 6 de julho de 2015 e no art. 1º da Lei Federal nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023 (deficiência auditiva).

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

( ) 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.

( ) 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.

( ) 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**.

( ) 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

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

( ) 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.

2. Retifica no ANEXO IV – CONTEÚDO PROGRAMÁTICO a seguinte referência do conteúdo referente aos conhecimentos específicos sobre o Sebrae, no qual passa a vigorar com a seguinte redação:

ONDE SE LÊ:

Código de Ética do Sistema Sebrae.	SEBRAE. *Código de Ética do Sistema Sebrae*. Versão Agosto/2017. p. 01-07 (Capítulos: I, II, III e IV). Disponível em: https://sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Ouvidoria%20Sebrae/Codigo_Etica_Sistema_Sebrae_21122023.pdf

LEIA-SE:

Código de Ética do Sistema Sebrae.	SEBRAE. Código de Ética do Sistema Sebrae. Disponível em: https://sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Ouvidoria%20Sebrae/Codigo_Etica_Sistema_Sebrae_21122023.pdf

Os demais itens do Comunicado permanecem inalterados.

Goiânia, 12 de agosto de 2025.

Antônio Carlos de Souza Lima Neto
Diretor-Superintendente

Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas - Sebrae Goiás
Av. T-3, 1.000, Setor Bueno. Goiânia - Goiás. CEP: 74215-095
Tel.: 0800 570 0800 / www.sebraego.com.br

Marcelo Lessa Medeiros Bezerra
Diretor Técnico

João Carlos Gouveia
Diretor de Administração e Finanças

Gilka de Freitas
Gerente da Unidade de Gestão de Pessoas

Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas - Sebrae Goiás
Av. T-3, 1.000, Setor Bueno. Goiânia - Goiás. CEP: 74215-095
Tel.: 0800 570 0800 / www.sebraego.com.br