

ANEXO IV – LAUDO MÉDICO

A ser encaminhado pelos candidatos que escolheram concorrer pela reserva de vaga PcD

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 _____, candidato(a) no Processo Seletivo de Estágio Não Obrigatório para o IF Goiano – *Campus* Rio Verde, 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, a seguir, o tipo de deficiência do candidato:

() DEFICIÊNCIA FÍSICA*

- | | | |
|-----------------------------|---------------------|--|
| 1. () Paraplegia | 6. () Tetraparesia | 11. () Amputação ou Ausência de Membro |
| 2. () Paraparesia | 7. () Triplegia | 12. () Paralisia Cerebral |
| 3. () Monoplegia adquirida | 8. () Tri paresia | 13. () Membros com deformidade congênita ou |
| 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.

**** 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 informando se a perda auditiva do candidato é passível de alguma melhora com uso de prótese.

() 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.

() 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 | 4. () Utilização de recursos da comunidade | 7. () Lazer |
| 2. () Cuidado pessoal
Trabalho | 5. () Saúde e segurança | 8. () |
| 3. () Habilidades sociais | 6. () Habilidades acadêmicas | |

***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:

() 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.

I – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):

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 expressa referência ao código correspondente da CID):

****Laudo válido apenas dos últimos doze meses da data de análise da documentação.***

_____, ____/____/____

Local Data

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

Assinatura do(a) candidato

Ou do Assinatura do responsável (candidato menor de 18 anos).