

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA/ HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME
EDITAL N. 002/2014**

PROCESSO SELETIVO SUPLEMENTAR N. 2 PARA INGRESSO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG/2014

ANEXO I – LAUDO MÉDICO PARA OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

O candidato deverá ENTREGAR o original deste laudo, devidamente preenchido, até o dia **28 de fevereiro de 2014**, 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, exceto sábados, domingos e feriados.

O candidato poderá, ainda, ENVIAR, via SEDEX, às 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.

Os candidatos portadores de deficiência auditiva deverão anexar ao laudo o original do exame de audiometria recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

O(a) candidato(a) _____
inscrição n. _____, portador(a) do documento de identificação n. _____, CPF n. _____, telefone _____, concorrendo ao Processo Seletivo Suplementar para ingresso no Programa de Residência Médica do Hospital das Clínicas da UFG/2014, 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. Tri paresia | 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)