



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO

Documento 561153

ANEXO VI

LAUDO MÉDICO

A ser encaminhado por todos os 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) ao Processo Seletivo PRÓPRIO PARA CURSOS SUPERIORES DO IF GOIANO CAMPUS AVANÇADO HIDROLÂNDIA - 2024/1, 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 e na súmula nº 377-STJ, de 22/04/2009.

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

() DEFICIÊNCIA FÍSICA* () Paraplegia () Tetraparesia () Amputação ou Ausência de Membro () Paraparesia () Triplegia () Paralisia Cerebral () Monoplegia () Triparisia () Membros com deformidade congênita ou adquirida () Monoparesia () Hemiplegia () Ostomias () Tetraplegia () Hemiparesia () 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 6 (seis) 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 6 (seis) 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: () Comunicação () Habilidades sociais () Saúde e segurança () Lazer () Cuidado pessoal () Utilização de recursos da comunidade () Habilidades acadêmicas () Trabalho

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 6 (seis) 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 com válido apenas dos últimos seis meses da data de análise da documentação.

Local, ____/____/____

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

Assinatura do(a) candidato

Assinatura do responsável (candidato menor de 18 anos)

INSTITUTO FEDERAL GOIANO
Campus Avançado Hidrolândia
Estrada São Brás KM 04 Zona Rural, 4, Zona Rural, HIDROLANDIA / GO, CEP 75340-000
(62) 9112-8719