

ANEXO VI LAUDO MÉDICO

A ser encaminhado por todos aqueles 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 nº _____, CPF nº _____, telefone (____) _____, candidato(a) ao Processo Seletivo do IF Goiano – Campus Hidrolândia 2027/1, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de deficiência nos termos do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, e demais normas aplicáveis.

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

() DEFICIÊNCIA FÍSICA*		
1. () Paraplegia	6. () Tetraparesia	11. () Amputação ou Ausência do 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, 1000 Hz, 2000 Hz e 3000 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 o 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, realizada 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 à 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 de recursos da comunidade	6. () Habilidades acadêmicas	8. () 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 MULTIPLA - Associação de duas ou mais deficiências: _____

() TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e das interações 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 e 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 o grau ou o nível da deficiência, bem como sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da CID):

*Laudo com validade apenas dos últimos 6 meses da data da análise da documentação.

_____, ____/____/____
Local Data

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

Assinatura do(a) candidato(a)

Assinatura do responsável (candidato menor que 18 anos)