

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 2025/1, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo indentificada a existência de deficiência em conformidade com o Decreto nº 3.298, de 20/12/99 e suas alterações posteriores e na súmula 377-STJ, de 22/04/2009.

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

<input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA*		
1. <input type="checkbox"/> Paraplegia	6. <input type="checkbox"/> Tetraparesia	11. <input type="checkbox"/> Amputação ou Ausência do Membro
2. <input type="checkbox"/> Paraparesia	7. <input type="checkbox"/> Triplegia	12. <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral
3. <input type="checkbox"/> Monoplegia	8. <input type="checkbox"/> Triparesia	13. <input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida
4. <input type="checkbox"/> Monoparesia	9. <input type="checkbox"/> Hemiplegia	14. <input type="checkbox"/> Ostomias
5. <input type="checkbox"/> Tetraplegia	10. <input type="checkbox"/> Hemiparesia	15. <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA VISUAL*
<input type="checkbox"/> Cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.
<input type="checkbox"/> Baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20 / 66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.
<input type="checkbox"/> Campo visual - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.
<input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL*: 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. <input type="checkbox"/> Comunicação	3. <input type="checkbox"/> Habilidades sociais	5. <input type="checkbox"/> Saúde e segurança	7. <input type="checkbox"/> Lazer
2. <input type="checkbox"/> Cuidado pessoal	4. <input type="checkbox"/> Utilização de recursos da comunidade	6. <input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas	8. <input type="checkbox"/> 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)