



ANEXO VI

LAUDO MÉDICO

O Laudo Médico deverá ser digitalizado e anexado (upload) na página de inscrição, em formato PDF, dentro do prazo previsto no Cronograma do Processo Seletivo.

Todos os dados solicitados no Laudo Médico deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao(à) candidato(a).

O(a) candidato(a), _____, portador(a) do documento de identificação nº _____, CPF nº _____, telefone _____, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores; com o art. 5º do Decreto Federal n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004; com a Lei n.º 14.126, de 22 de março de 2021; com o parágrafo 1º da Lei Federal n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista); com o art. 2º da Lei Federal n.º 13.146, de 6 de julho de 2015.

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

() **DEFICIÊNCIA FÍSICA***

1. (<input type="checkbox"/>) Paraplegia	6. (<input type="checkbox"/>) Tetraparesia	11. (<input type="checkbox"/>) Amputação ou Ausência de 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, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

() **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.
- () **Visão monocular** - visão normal em um olho e cegueira no olho contralateral com acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400), 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.**

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

() **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA*** associação de duas ou mais:_____.

() **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.

_____ (cidade), ____/____/_____.

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

I – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 11): _____

II - **DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA** o(a) médico(a) deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com letra legível, com expressa referência ao código correspondente da CID):

III - **TEMPO ADICIONAL** (se, em razão da deficiência, o(a) candidato(a) necessitar de tempo adicional para fazer a prova, o(a) especialista da área de sua deficiência deverá expressar claramente abaixo essa informação com a respectiva justificativa).

_____ (cidade), ____ / ____ / ____.

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

Assinatura do(a) candidato(a)