



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAPÁ
EDITAL N. 044/2013

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS DO QUADRO DE TÉCNICOS EFETIVOS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAPÁ

ANEXO II – LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O candidato deverá enviar uma cópia autenticada ou o original deste Laudo Médico, devidamente preenchido, até o dia **19 de março de 2014** para o Centro de Seleção da UFG situado à Rua 226, q. 71, s.n., Setor Universitário, Goiânia-GO, CEP 74.610-130. Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos, caso contrário poderá implicar em prejuízos ao candidato.

O (A) candidato(a) _____
inscrição n. _____, portador(a) do documento de identificação n. _____, CPF n. _____, telefone (s) _____,
concorrendo ao Concurso Público para o provimento de vagas dos cargos do Concurso Público para provimento de vagas do quadro de Técnicos Efetivos da Universidade do Estado do Amapá, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n. 3.298 de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores e a Súmula n. 377-STJ, de 22 de abril de 2009.

Assinale ou 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. 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.

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.

* 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.

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.

Visão monocular.

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.

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

Para os candidatos portadores de deficiência mental, 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 em até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

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.

_____ , ____/____/_____
Local Data

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

Assinatura do(a) candidato(a)