

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA/ HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME  
EDITAL N. 001/2014**

**PROCESSO SELETIVO SUPLEMENTAR PARA INGRESSO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG/2014**

**ANEXO I – LAUDO MÉDICO PARA OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA**

O candidato deverá ENTREGAR o original deste laudo, devidamente preenchido, até o dia **17 de fevereiro de 2014**, no horário de 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas no Centro de Seleção/UFG Rua 226, Q. 71, s/n, Setor Universitário, CEP. 74610–130, Goiânia–GO, exceto sábados, domingos e feriados.

O candidato poderá, ainda, ENVIAR, via SEDEX, às suas expensas, o original do laudo para o Centro de Seleção da UFG, sendo que, somente serão considerados aqueles cuja postagem seja efetuada até o 1º (primeiro) dia útil após o encerramento das inscrições.

Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.

Os candidatos portadores de deficiência auditiva deverão anexar ao laudo o original do exame de audiometria recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

O(a) candidato(a) \_\_\_\_\_  
inscrição n. \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação n. \_\_\_\_\_, CPF n. \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, concorrendo ao Processo Seletivo Suplementar para ingresso no Programa de Residência Médica do Hospital das Clínicas da UFG/2014, 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 posteriores e na súmula nº 377-STJ, de 22/04/2009.

**Assinale (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. Tri paresia	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.

**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.**

**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

**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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)  
Local data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)

(Se necessário, utilize o verso)