

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Processo Seletivo 2015/1 – Edital 90/2014

Anexo – Laudo Médico

O candidato deverá ENTREGAR, pessoalmente ou por terceiro, o original deste laudo, devidamente preenchido, até o dia 29/10/2014, exceto sábados, domingos e feriados, no horário de 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas na Coordenação de Admissão Discente (CAD), Área IV, Praça Universitária.

O (a) candidato(a) _____

Inscrição nº _____, portador(a) do documento de identificação nº _____,

CPF nº _____, telefone(s) _____ concorrendo ao Processo Seletivo 2015-1, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico. Neste, foi identificada a existência de deficiência, de conformidade com o que reza o Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores.

Assinale ou circule, a seguir, o tipo de deficiência do candidato bem como sua especificidade:

I.DEFICIÊNCIA FÍSICA

- 1.Membros Inferiores
- 2.Membros Superiores
- 3.Amputação ou Ausência de Membro
- 4.Paralisia Cerebral
- 5.Nanismo

II.DEFICIÊNCIA AUDITIVA

- 1.Oralizado
- 2.Não-oralizado

*Para os candidatos com deficiência auditiva, o laudo deverá vir acompanhado do original de exame de audiometria recente, realizado até seis meses anteriores à inscrição, informando se a perda auditiva do candidato é passível de melhora com o uso de AASI (aparelho auditivo).

III.DEFICIÊNCIA VISUAL

- 1.Cego
- 2.Baixa Visão
- 3.Visão Monocular

*Para os candidatos com deficiência visual, este laudo deverá vir acompanhado do original de exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual recente, realizado até seis meses anteriores à inscrição.

IV.DEFICIÊNCIA MENTAL

Funcionamento 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
- 2.Cuidado Pessoal
- 3.Habilidades Pessoais
- 4.Utilização de Recursos de Comunicação
- 5.saúde e Segurança
- 6.Habilidades Acadêmicas

V. Deficiência Múltipla

Associação de duas ou mais deficiências

VI.CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10)

VII.DESCRICÃO CLÍNICA E TRATAMENTO DA DEFICIÊNCIA

VIII.TEMPO ADICIONAL

Se, em razão da deficiência, o candidato necessitar de tempo para a realização da prova, o médico deverá expressar claramente abaixo essa informação, com a respectiva justificativa.

_____, ____/____/____

Local

data

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

Assinatura do candidato(a)