PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA ULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS.

MODELO DE LAUDO MÉDICO

O candidato deverá ENTREGAR o original deste laudo, devidamente preenchido, até o dia **17/01/2013**, exceto sábados, domingos e feriados, no horário de 8 às 12 horas e das 13:30 às 17:30 horas na Coordenação de Pós Graduação do Centro Universitário Luterano de Palmas, Avenida Teotônio Segurado, s/n Quadra 1501 Sul, Palmas, Tocantins, CEP 77.019-900. O candidato poderá, ainda, ENVIAR, via SEDEX, à suas expensas, o original do laudo para o endereço acima, sendo que, somente serão considerados aqueles cuja postagem seja efetuada até o dia do encerramento das inscrições.

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)_____
inscrição n._____, portador(a) do documento de identificação n. _____, CPF n. _____, telefone _____, concorrendo ao Processo Seletivo para ingresso no Programa de: Residência Multiprofissional em Saúde ou Residência em Área Profissional da Saúde em Enfermagem Obstétrica, 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
2. Paraparesia
3. Monoplegia
4. Monoparesia 14. Ostomias
5. Tetraplegia 15. Nanismo
6. Tetraparesia
7. Triplegia
8. Triparesia
9. Hemiplegia
10. Hemiparesia
11. Amputação ou Ausência de Membro
12. Paralisia Cerebral
13. Membros com Deformidade Congênita ou Adquirida

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

_____ , ____/____/_____
Local data

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

_____
Assinatura do(a) candidato(a)