



**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO, POR TEMPO
DETERMINADO, DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS EM LINGUAGEM
DE SINAIS**

EDITAL No- 708, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2017
DOU de 29 de dezembro de 2017, Seção 3, Páginas de 72 a 75

ANEXO III – LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O laudo médico deverá ser entregue em mãos, em envelope lacrado e identificado, ou enviado por encomenda expressa (Sedex ou similar) até o último dia previsto no Cronograma do Concurso (Anexo I do Edital), para o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da UFMG, situado à Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa III - DRH, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, e seu horário de atendimento é das 9 às 12 e das 13 às 16 horas, exceto sábados, domingos e feriados. O laudo médico encaminhado por encomenda expressa somente será considerado se postado até o último dia previsto no Cronograma do Concurso.

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.º _____, portador(a) do documento de identificação n.º _____, CPF n.º _____, telefones _____, concorrendo ao concurso público

para provimento dos cargos do quadro de pessoal Técnico Administrativo em Educação (TAE) da Universidade Federal de Minas Gerais foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n.º 3.298/1999 e suas alterações posteriores e na súmula n.º 377-STJ/2009.

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência do candidato.

() 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.

() 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 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições, acompanhado do relatório do otorrinolaringologista informando se a perda auditiva do candidato é passível de alguma melhora com uso de prótese

() 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 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições.



() 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 |

Para os candidatos com deficiência intelectual, 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 no máximo em até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições.

() DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências: _____

() 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.

I – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10): _____

II – DESCRIÇÃO DETALHADA DO QUADRO (o médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência ou da condição do candidato, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da CID):



III – 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. Tempo adicional será de 1 hora.

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.

IV – OUTRAS SOLICITAÇÕES

Se, em razão da deficiência, o candidato necessitar de alguma das condições abaixo relacionadas, o médico deve declarar essa informação.

- Prova em Braille;
- Prova com letra ampliada (prova formato A3);
- Auxílio de tradutor-intérprete de Língua Brasileira de Sinais (Libras);
- Auxílio para leitura (ledor/transcritor);
- Auxílio para transcrição;
- Sala de acesso facilitado - pessoas com dificuldades de locomoção, cadeirantes e obesos;
- Mobiliário acessível - obesos e deficientes. Especificar: _____

_____, ____/____/____
Local Data

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

Assinatura do(a) candidato