



**PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA –  
PSU-GO/2023  
EDITAL SUPLEMENTAR Nº 02/2023  
VAGAS REMANESCENTES**

**ANEXO III – LAUDO MÉDICO**

O Laudo Médico deverá ser digitalizado e anexado (upload) na página de inscrição, em formato PDF, juntamente com os exames exigidos dentro do prazo previsto no Cronograma do Processo Seletivo/Concurso.

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

O(a) candidato(a), \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, telefones \_\_\_\_\_, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores; com o art. 5º do Decreto Federal nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004; com a Lei nº 14.126, de 22/03/2021; com o parágrafo 1º da Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista); com o art. 2º da Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015.

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. O candidato com deficiência física poderá apresentar exames comprobatórios que comprovem a deficiência, realizado até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições.

**( ) 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.

**( ) 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.

( ) **Visão monocular** - visão normal em um olho e cegueira no olho contralateral com acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400), 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.**

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



**ASSOCIAÇÃO GOIANA DE  
RESIDÊNCIA MÉDICA**

( ) **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA**\* associação de duas ou mais eficiências: \_\_\_\_\_

\*Para os candidatos com deficiência múltipla, o laudo médico deverá vir acompanhado dos documentos comprobatórios previstos no Edital de uma das deficiências.

\_\_\_\_\_ (cidade), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

( ) **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.

\*Para os candidatos com transtorno do espectro autista, o laudo médico deverá vir acompanhado de documentos que comprovem o transtorno, emitido no máximo em até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições.

**I – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):** \_\_\_\_\_

**II - 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 letra legível, com expressa referência ao código correspondente da CID):

|  |
|--|
|  |
|--|



**ASSOCIAÇÃO GOIANA DE  
RESIDÊNCIA MÉDICA**

**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).

\_\_\_\_\_ (cidade), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura, carimbo e CRM do(a) Médico(a)



**ASSOCIAÇÃO GOIANA DE  
RESIDÊNCIA MÉDICA**

Assinatura do(a) Candidato(a)