



ESTADO DE GOIÁS
AGENCIA GOIANA DE HABITAÇÃO S/A

ANEXO IV
LAUDO MÉDICO
PROGRAMA PRA TER ONDE MORAR – CASA A CUSTO ZERO

O Laudo Médico deverá ser digitalizado e anexado (upload), em formato PDF, dentro do prazo previsto no Edital nº _____.

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

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

ASSINALE, A SEGUIR, O TIPO DE DEFICIÊNCIA DO(A) CANDIDATO(A)

() 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(A) candidato(a) com deficiência física deverá 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.

() **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.



ESTADO DE GOIÁS
AGENCIA GOIANA DE HABITAÇÃO S/A

() **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.

() **DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL*** 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

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

() **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.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID): _____

DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA o(a) médico(a) 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:

_____ (cidade), __/__/____

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