

ANEXO VI

MODELO DE LAUDO MÉDICO

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS DE GOIÁS- GO E CÂMARA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS DE GOIÁS- GO

EDITAL N. 001/2024

Atenção: Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos, **conforme o Edital nº 001/2024**. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.

O(a) candidato(a) _____,
portador(a) do documento de identidade Nº _____ CPF
Nº _____, telefone(s) _____, concorrendo ao
Concurso Público para Provimento de Vagas da Prefeitura Municipal de Divinópolis de Goiás e
Câmara Municipal de Divinópolis de Goiás (GO), Edital nº 001/2024, foi submetido(a) nesta data, a
exame clínico sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto Federal
nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, e suas alterações posteriores.

Assinale ou circule, a seguir, o tipo de deficiência do candidato:

I - DEFICIÊNCIA FÍSICA*

- Paraplegia
- Monoplegia
- Paraparesia
- Monoparesia
- Tetraplegia
- Tetraparesia
- Triplegia
- Triparesia
- Hemiplegia
- Hemiparesia
- Amputação ou Ausência de Membro
- Paralisia Cerebral
- Membros com Deformidade Congênita ou Adquirida

Ostomias

Nanismo

*** Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.**

II- DEFICIÊNCIA AUDITIVA*:

Surdez moderada: apresenta perda auditiva de 41 (quarenta e um) a 55 (cinquenta e cinco) decibéis;

Surdez acentuada: apresenta perda auditiva de 56 (cinquenta e seis) a 70 (setenta) decibéis; Surdez severa: apresenta perda auditiva de 71 (setenta e um) a 90 (noventa) decibéis;

Surdez profunda: apresenta perda auditiva acima de 90 (noventa) decibéis

*** Para os candidatos portadores de deficiência auditiva**, o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado até 3 (três) 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. Nos casos em que o relatório do otorrinolaringologista informar melhora da audição com o uso de prótese, o candidato deverá apresentar também exame de audiometria com o uso de prótese, realizado até 3 (três) meses anteriores ao último dia das inscrições.

III- DEFICIÊNCIA VISUAL*:

Cegueira: quando não há percepção de luz ou quando a acuidade visual central é inferior a 20/400P (0,05WHO), ou ainda quando o campo visual é igual ou inferior a 10 graus, após a melhor correção, quando possível;

Baixa visão: quando a acuidade visual é igual ou inferior a 20/70P (0,3 WHO), após a melhor correção;

Campo visual: quando em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°. Visão monocular.

A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.

***Para os candidatos portadores de deficiência visual**, o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

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:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comunicação | <input type="checkbox"/> Cuidado pessoal | <input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas |
| <input type="checkbox"/> Habilidades sociais | <input type="checkbox"/> Lazer | <input type="checkbox"/> Saúde e segurança |
| <input type="checkbox"/> Trabalho | <input type="checkbox"/> Utilização dos recursos da comunidade | |

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).

_____, ____/____/____.
Local data

Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)
(ou anexar laudo médico específico original atualizado)

Assinatura do(a) candidato(a)
CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

**OBS: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ANEXADO AO EMAIL EM FORMATO PDF
(CONFORME ORIENTAÇÕES DO EDITAL N° 001/2024)**