

PREFEITURA MUNICIPAL DE BENTO GONÇALVES
CONCURSOS PÚBLICOS Nº. 001/2016
EDITAL DE ABERTURA Nº. 001/2016

ANEXO 05

MODELO DE LAUDO MÉDICO

**Modelo de Laudo Médico para candidato que deseja concorrer à reserva de vaga para
Pessoas com Deficiência.**

LAUDO MÉDICO
Atesto, que _____, candidato ao cargo de _____, inscrição nº. _____, CPF nº. _____, está enquadrado na definição do Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com alterações introduzidas pelo Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004 e Lei Complementar Municipal nº. 75/2004 e suas alterações.

1. ESPÉCIE DE DEFICIÊNCIA:

<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva	<input type="checkbox"/> Deficiências Múltiplas
<input type="checkbox"/> Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Deficiência Visual
<input type="checkbox"/> Deficiência Mental	

2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Anexar exame de audiometria recente, realizado em até seis da data de publicação deste Edital):

<input type="checkbox"/> Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.
--

3. DEFICIÊNCIA FÍSICA: **EXCETO AS DEFORMIDADES ESTÉTICAS OU AS QUE NÃO PRODUZAM DIFICULDADE PARA O DESEMPENHO DE FUNÇÕES.**

<input type="checkbox"/> Amputação ou ausência de membro	<input type="checkbox"/> Paralisia cerebral
<input type="checkbox"/> Hemiparesia	<input type="checkbox"/> Paraparesia
<input type="checkbox"/> Hemiplegia	<input type="checkbox"/> Paraplegia
<input type="checkbox"/> Membros com deformidades congênicas ou adquiridas	<input type="checkbox"/> Tetraparesia
<input type="checkbox"/> Monoparesia	<input type="checkbox"/> Tetraplegia
<input type="checkbox"/> Monoplegia	<input type="checkbox"/> Triparesia
<input type="checkbox"/> Nanismo	<input type="checkbox"/> Triplegia
<input type="checkbox"/> Ostomias	

4. DEFICIÊNCIA MENTAL:

<input type="checkbox"/> Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação, Cuidados pessoais, Habilidades sociais, Utilização de recursos da comunidade, Saúde e Segurança, Habilidades acadêmicas, Lazer e Trabalho.

Especificar as áreas de limitação associadas e habilidades adaptativas _____

5. DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS (Especificar a associação de duas ou mais deficiências):

6. DEFICIÊNCIA VISUAL (Anexar exame de acuidade em AO (ambos os olhos), com especificação da patologia e do campo visual, realizado em até seis meses da data de publicação deste Edital):

- Cegueira – Acuidade visual menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
 Baixa visão – Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
 Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60°.

Forneço, também, as seguintes informações:

7. Faz uso de prótese, órtese ou adaptações? () Não. () Sim. Em quais membros/partes do corpo?

8. Descrever o grau ou nível da deficiência constatada (leve, moderado ou alto) e que interferências funcionais são promovidas pela deficiência:

9. Causa ou origem da deficiência constatada:

10. **CID** da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças): _____

11. Há necessidade de **atendimento especial** para a realização das provas?

() Sim – especifique o atendimento e justifique - () não

12. Há necessidade de **tempo adicional** para a realização das provas?

Atenção: em caso de necessidade de **tempo adicional**, deverá o candidato encaminhar parecer (original ou cópia autenticada em cartório) emitido por especialista da área da deficiência constatada, acompanhado de Laudo Médico (original ou cópia autenticada em cartório) que ateste e justifique a necessidade de tempo adicional, emitido no prazo máximo de 90 (noventa) dias antes da data da publicação deste Edital.

() sim – especifique o tempo e justifique - () não

Localidade e data: _____

Assinatura do Médico
Carimbo com nome e CRM do Médico