



**- ANEXO VI -
MODELO DE LAUDO MÉDICO
EDITAL N. 001/2023**

Atenção: Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos, **conforme o Edital nº 001/2023**. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.

O(A) candidato(a) _____,
portador(a) do documento de identidade n. _____, CPF n.
_____, telefone(s) _____,
concorrendo ao Concurso Público para Provimento de Vagas do Município de Rio Verde (GO),
Edital nº 001/2023, 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*

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paraplegia | <input type="checkbox"/> Paraparesia | <input type="checkbox"/> Monoplegia |
| <input type="checkbox"/> Monoparesia | <input type="checkbox"/> Tetraplegia | <input type="checkbox"/> Tetraparesia |
| <input type="checkbox"/> Triplegia | <input type="checkbox"/> Triparesia | <input type="checkbox"/> Hemiplegia |
| <input type="checkbox"/> Hemiparesia | <input type="checkbox"/> Amputação ou Ausência de Membro | |
| <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral | <input type="checkbox"/> Membros com Deformidade Congênita ou Adquirida | |
| <input type="checkbox"/> Ostomias | <input type="checkbox"/> 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:

- () Comunicação
- () Cuidado pessoal
- () Habilidades acadêmicas
- () Habilidades sociais
- () Lazer
- () Saúde e segurança
- () Trabalho
- () 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)