



PREFEITURA MUNICIPAL DE COCALZINHO DE GOIÁS
PODER EXECUTIVO

ANEXO IV

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

EDITAL Nº 01/2021

MODELO DE REQUERIMENTO E LAUDO MÉDICO

Ilm(a). Sr(a).

Presidente da Comissão do Processo Seletivo Simplificado

Eu, _____,
inscrição n.º _____,
_____, CPF n.º _____ portador (a) do documento de identificação
n.º _____, expedido pelo(a) _____, candidato(a) ao cargo _____ no
Processo Seletivo Simplificado n.º 01/2021 do Poder Executivo Municipal de Cocalzinho de Goiás, Estado de Goiás, me
declaro Pessoa com Deficiência, nos termos da Lei Federal n.º 7.853/1989, Decreto Federal n.º 3.298/1999 e suas
alterações, e solicito a minha participação neste Processo Seletivo Simplificado dentro dos critérios assegurados
ao Pessoa com Deficiência.

Anexo a esta declaração **Laudo Médico** atestando:

- a) a espécie e o grau ou o nível da minha deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID10);
- b) que sou Pessoa com Deficiência e o enquadramento dessa deficiência.

Nestes termos,

Peço deferimento.

_____, de _____ de 202__.
Local

Assinatura do(a) candidato(a)

Uma C.



PREFEITURA MUNICIPAL DE COCALZINHO DE GOIÁS
PODER EXECUTIVO

ANEXO IV

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

EDITAL Nº 01/2021

MODELO DE LAUDO MÉDICO - PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O candidato deverá entregar o original deste laudo, na mesma data, horário e local dos documentos relacionados no item 9 do Edital. O laudo médico deverá estar em conformidade com as exigências do Edital:

- a) ter data de emissão posterior à data de publicação deste Edital;
- b) constar o nome e o número do documento de identificação do(a) candidato(a) e o nome, número do registro no Conselho Regional de Medicina – CRM e assinatura do médico responsável pela emissão do laudo;
- c) descrever a espécie e o grau ou nível da deficiência, bem como a provável causa da mesma, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID 10);
- d) constar, quando for o caso, a necessidade de uso de órteses, próteses ou adaptações;
- e) no caso de deficiente auditivo, o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizada até 06 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições;
- f) no caso de deficiente visual, o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em AO (ambos os olhos), patologia e campo visual, realizada até 06 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

O(a) candidato(a) _____,
documento de identificação n.º (RG): _____, CPF n.º _____, foi submetido(a) nesta
data a exame clínico, sendo identificada a existência de DEFICIÊNCIA _____ conforme legislação
vigente.

a) DEFICIÊNCIA FÍSICA

<input type="checkbox"/> I - Paraplegia	<input type="checkbox"/> VII - Triplegia
<input type="checkbox"/> II - Paraparesia	<input type="checkbox"/> VIII - Triparesia
<input type="checkbox"/> III - Monoplegia	<input type="checkbox"/> IX - Hemiplegia
<input type="checkbox"/> IV - Monoparesia	<input type="checkbox"/> X - Hemiparesia
<input type="checkbox"/> V - Tetraplegia	<input type="checkbox"/> XI - Amputação ou Ausência de Membro
<input type="checkbox"/> VI - Tetraparesia	<input type="checkbox"/> XII - Paralisia Cerebral

b) DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

- I. Surdez moderada: apresenta perda auditiva de 41 (quarenta e um) a 55 (cinquenta e cinco) decibéis;
- II. Surdez acentuada: apresenta perda auditiva de 56 (cinquenta e seis) a 70 (setenta) decibéis;
- III. Surdez severa: apresenta perda auditiva de 71 (setenta e um) a 90 (noventa) decibéis;
- IV. Surdez profunda: apresenta perda auditiva acima de 90 (noventa) decibéis.



PREFEITURA MUNICIPAL DE COCALZINHO DE GOIÁS
PODER EXECUTIVO

c) DEFICIÊNCIA VISUAL:

- I. () Cegueira: quando não há percepção de luz ou quando a acuidade visual central é inferior a 20/400P (0,05 WHO), ou ainda quando o campo visual é igual ou inferior a 10 graus, após a melhor correção, quando possível;
- II. () Visão subnormal: quando a acuidade visual é igual ou inferior a 20/70P (0,3 WHO), após a melhor correção.
- III. () Visão monocular – acrescido pela lei nº 16.494/2009.

d) DEFICIÊNCIA MENTAL:

() A deficiência mental caracteriza-se por apresentar o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação anterior à idade de 18(dezoito) anos aliado a limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade no que tange à: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, ou independência na locomoção, saúde, segurança, escola e lazer.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) DA PATOLOGIA: _____

Possível Causa:

Idade de início da doença: _____ Idade atual: _____

Informar o grau ou nível da deficiência: _____

_____, ____ de _____ de 2021.
Local

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Assinatura do Candidato

Amac