



CONCURSO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE
SÃO JOÃO DEL-REI/MG - EDITAL Nº 01/2021



**ANEXO VII - MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA
A VAGA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)**

Candidato: _____

Número de inscrição: _____

Número do documento de identidade: _____

Concurso Público: _____

Cargo/função: _____

Data: ____ / ____ / ____

O candidato acima identificado **DECLARA** ser pessoa com deficiência, nos termos dos Decretos Federais nº 3.298/1999 e nº 9.508/2018 e solicita sua participação neste Concurso Público dentro dos critérios assegurados a Pessoa com Deficiência, conforme determinado no Edital.

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 Doença (CID10);
- b) que é Pessoa com Deficiência (PcD) e o enquadramento dessa deficiência no Decreto Federal nº 3.298/1999.

Nestes termos,

Peço deferimento.

Assinatura do(a) candidato(a)



CONCURSO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE
SÃO JOÃO DEL-REI/MG - EDITAL Nº 01/2021



MODELO DE LAUDO MÉDICO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

Nome: _____

CPF: _____ Identidade: _____

O paciente acima identificado foi submetido nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de **DEFICIÊNCIA** em conformidade com o Decreto Federal nº 3.298/1999.

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 |
| <input type="checkbox"/> XIII – Outras: _____ | |

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.
- ☐ V – Outras: _____

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.
- ☐ IV – Outras: _____

DEFICIÊNCIA MENTAL:

A deficiência mental caracteriza-se por apresentar o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação anterior à idade de 18 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.

Outras: _____

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

Observação (campo que pode ser utilizado em caso de deficiências não apresentadas nesse modelo, com espaço para preenchimento como outras):

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Candidato(a)

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico