



**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO DO
MUNICÍPIO DE DORES DO INDAIA/MG
EDITAL N° 01/2021**



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

Candidato: _____

Número de inscrição: _____

Número do documento de identidade: _____

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 Processo Seletivo 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)



**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO DO
MUNICÍPIO DE DORES DO INDAÍÁ/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: _____



**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO DO
MUNICÍPIO DE DORES DO INDAIA/MG
EDITAL Nº 01/2021**



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):

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Candidato(a)

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico