

ANEXO IV
MODELO DE LAUDO MÉDICO

A) MOTORA

Dr.(^a) _____ CRM - PE: _____,
_____, fundamentado no Texto da Lei 7.853 DE 24/10/1989, Artigo 2º, Parágrafo Único, em seu inciso III, alíneas b, que diz: O empenho do poder público quanto ao surgimento e a manutenção de empregos inclusive de tempo parcial, destinados a pessoas portadoras de deficiência que não tenham acesso aos empregos comuns. A qual foi normatizada pelo Decreto 3.298/99 e que foi alterado pelo Decreto 5.296/04 que diz no seu **Artigo 4º**: É considerada pessoa portadora de deficiência Física a que se enquadra na seguinte categoria:

Inciso I – Deficiência Física: Alteração completa ou parcial de um ou mais segmento do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membro com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. (nova redação dada pelo Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 – DOU de 03/12/2004)

Declaro que o (a) Sr. (^a) _____, Identidade Nº _____ inscrito(a) na Seleção Pública Simplificada concorrendo a uma vaga de _____ como **Portador(a) de Deficiência Física**. Fundamentado no exame clínico que o(a) mesmo(a) apresenta e com base no previsto nos termos da Lei e nos Decreto 3.298 alterado pelo Decreto 5.296, **AFIRMO** que: O(A) candidato(a) **(É) (NÃO É)** portador(a) de Deficiência Física, cujo CID 10 da Deficiência é _____. Em razão do (a) mesmo (a) apresentar o seguinte quadro deficitário motor: _____.

E que será necessário para acesso à sala onde será realizada a prova escrita _____, e em razão da paralisia nos membros superiores, será necessidade _____ para preencher a folha de resposta da prova.

NOTA: O candidato inscrito como Deficiente Físico é obrigado a, além deste documento para a análise da comissão organizadora da seleção pública simplificada, encaminhar em anexo exames atualizados que possam comprovar a Deficiência Física (laudo dos exames acompanhados da tela radiológica, escanometria, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, etc.).

Recife, ____ / ____ / _____

Ratifico as informações acima. Ass. c/ Carimbo do Médico Assistente.

B) AUDITIVA

Dr.(ª) _____ CRM - PE: _____,
Especialidade: _____, fundamentado no Texto da Lei 7.853 DE 24/10/1989, Artigo 2º, Parágrafo Único, em seu inciso III, alíneas b, que diz: O empenho do poder público quanto ao surgimento e a manutenção de empregos inclusive de tempo parcial, destinados a pessoas portadoras de deficiência que não tenham acesso aos empregos comuns. A qual foi normatizada pelo Decreto 3.298/99 alterado pelo Decreto 5.296/04 que diz no seu Artigo 4º: É considerada pessoa portadora de deficiência Auditiva a que se enquadra nas seguintes categorias:

Inciso II – Deficiência Auditiva: Perdas bilaterais, parciais ou totais, de quarenta e um decibéis (db) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.

Declaro que o(a) Sr. (ª) _____ Identidade Nº _____ inscrito (a) na Seleção Pública Simplificada concorrendo a uma vaga de _____ como **Portador (a) de Deficiência Auditiva**. Fundamentado no exame clínico que o(a) mesmo(a) apresenta e com base no previsto nos termos da Lei e no Decreto 3.298 alterado pelo Decreto 5.296, **AFIRMO** que: o(a) candidato(a) **(É) (NÃO É)** portador(a) de Deficiência Auditiva, cujo CID 10 da Deficiência é _____. Em razão do(a) mesmo(a) apresentar surdez bilateral em nível de acentuada a profunda ou anacusia, conforme demonstrado na audiometria tonal e vocal datada de ____ / ____ / ____, em anexo. E que **(SERÁ) (NÃO SERÁ)** necessário a presença de um(a) leitor(a) de libras na sala onde será realizada a prova escrita, em razão da necessidade comunicação do(a) candidato(a) para prestar os esclarecimentos necessário, uma vez que **NÃO SERÁ** permitido o uso de Prótese Auditiva durante a realização da Prova.

NOTA: O candidato inscrito como Deficiente Auditivo é obrigado a, além deste documento para a análise da comissão organizadora da seleção pública simplificada, encaminhar em anexo Audiometria atualizada e Audiometrias anteriores que por ventura possua, que possam comprovar a deficiência Auditiva Bilateral a partir de 56 db na frequência de 500 Hz e sua evolução, se for o caso.

Recife, ____ / ____ / _____

Ratifico as informações acima. Ass. c/ Carimbo do Médico Assistente.

C) VISUAL

Dr.(a) _____ CRM - PE: _____,
Especialidade: _____, fundamentado no Texto da Lei 7.853 DE 24/10/1989, Artigo 2º, Parágrafo Único, em seu inciso III, alíneas b, que diz: O empenho do poder público quanto ao surgimento e a manutenção de empregos inclusive de tempo parcial, destinados a pessoas portadoras de deficiência que NÃO tenham acesso aos empregos comuns. A qual foi normatizada pelo Decreto 3.298/99 alterado pelo Decreto 5.296/04 que diz no seu Artigo 4º: É considerada pessoa portadora de deficiência Visual a que se enquadra nas seguintes categorias:

Inciso III – Deficiência Visual - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60 °; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. (nova redação dada pelo Decreto Nº 5.296/04) e pela Súmula STJ 377/09 para os portadores de visão monocular.

Declaro que o (a) Sr.(a) _____ Identidade Nº _____, inscrito (a) na Seleção Pública Simplificada concorrendo a uma vaga de _____ como **Portador(a) de Deficiência VISUAL**. Fundamentado no exame clínico que o (a) mesmo (a) apresenta e com base no previsto nos termos da Lei e nos Decreto 3.298 alterado pelo Decreto 5.296, e pela Súmula STJ 377/09. **AFIRMO** que: o (a) candidato (a) **(É) (NÃO É)** portador (a) de Deficiência Visual, cujo CID 10 da Deficiência é _____. Em razão do (a) mesmo (a) apresentar Cegueira bilateral ou Visão Monocular à custa do Olho _____, conforme a acuidade visual C/S correção e na Campimetria Digital Bilateral datada de ___/___/___, anexa. E que **(SERÁ) (NÃO SERÁ)** necessário que a prova seja escrita em Braille ou com letra ampliada para corpo _____.

NOTA: O candidato inscrito como Deficiente Visual é obrigado a encaminhar, além deste documento para a análise da comissão organizadora da seleção pública simplificada, anexar Campimetria Digital Bilateral atualizada e estudo da acuidade visual com e sem correção. Será considerado portador de Cegueira monocular “visão monocular” aquele que tenha acuidade visual igual ou inferior a 0,05 com a melhor correção, no olho afetado.

Recife, ___ / ___ / _____

Ratifico as informações acima. Ass. c/ Carimbo do Médico Assistente.

D) OUTRAS DEFICIÊNCIAS

Dr. (a) _____ CRM - PE: _____ Especialidade: _____, fundamentado no Texto da Lei 7.853 DE 24/10/1989, Artigo 2º, Parágrafo Único, em seu inciso III, alíneas b, que diz: O empenho do poder público quanto ao surgimento e a manutenção de empregos inclusive de tempo parcial, destinados a pessoas portadoras de deficiência que não tenham acesso aos empregos comuns. A qual foi normatizada pelo Decreto 3.298/99 e que foi alterado pelo Decreto 5.296/04 que diz no seu **Artigo 4º**: É considerada pessoa portadora de deficiência Intelectual a que se enquadra na seguinte categoria:

Inciso I– A pessoa está enquadrada nas definições do artigo 2º, da Lei nº 13.146/2015-Lei Brasileira de Inclusão-Estatuto da Pessoa com Deficiência; dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações do Dec. 5296/2004; do artigo 1º, §2º, da Lei nº 12.764/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, promulgada pelo Decreto nº. 6.949/2009.

Declaro que o (a) Sr (a) _____ Identidade Nº ____- _____ inscrito(a) na Seleção Pública Simplificada concorrendo a uma vaga de como **Portador(a) de Deficiência**. Fundamentado no exame clínico que o(a) mesmo(a) apresenta e com base no previsto nos termos da Lei e nos Decreto 3.298 alterado pelo Decreto 5.296, **AFIRMO** que: O(A) candidato(a) **(É)(NÃO É)** portador(a) de Deficiência _____, cujo CID 10 da Deficiência é _____. Em razão do (a) mesmo (a) apresentar o seguinte quadro deficitário: _____

Recife, ____ / ____ / _____

Ratifico as informações acima. Ass. c/ Carimbo do Médico Assistente