

PREFEITURA MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA
CONCURSO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL DA SECRETARIA DE
EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA
EDITAL N. 006/2010

ANEXO III – LAUDO MÉDICO

CONCURSO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL DA SECRETARIA DE
EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA

ANEXO III - LAUDO MÉDICO PARA OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

O candidato deverá ENTREGAR, pessoalmente ou por terceiro, o original deste laudo, devidamente preenchido, até o dia 6 de janeiro de 2011, exceto sábados, domingos e feriados, no horário de 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas no Centro de Seleção/UFG Rua 226, Q. 71, s/n, Setor Universitário, CEP. 74610-130, Goiânia-GO.

Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.

Para os candidatos portadores de deficiência auditiva o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado até 06 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições e do relatório do Otorrinolaringologista, informando se a perda auditiva do candidato é passível de alguma melhora com uso de prótese. Em caso positivo o candidato deverá apresentar também exame de audiometria com o uso de prótese deverão anexar ao laudo o original do exame de audiometria recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições. Para os portadores de deficiência visual o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em AO (ambos os olhos), patologia e campo visual recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

(Antes de preencher este documento recomenda-se a leitura do Edital, em especial do item 3)

O (a) candidato(a) _____

inscrição n. _____, portador(a) do documento de identificação n. _____, CPF n. _____, telefone _____, concorrendo ao concurso público para provimento dos cargos do quadro de pessoal da Secretaria de educação do Município de Aparecida de Goiânia, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com a Lei Estadual 14.715 de 04/02/2004 e suas alterações.

Assinale ou circule, a seguir, o tipo de deficiência do candidato:

I – DEFICIÊNCIA FÍSICA*

1. Paraplegia	6. Tetraparesia	11. Amputação ou Ausência de Membro
2. Paraparesia	7. Triplegia	12. Paralisia Cerebral
3. Monoplegia	8. Tri paresia	13. Membros com Deformidade Congênita ou Adquirida
4. Monoparesia	9. Hemiplegia	14. Ostomias
5. Tetraplegia	10. Hemiparesia	15. Nanismo

*Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

II – DEFICIÊNCIA AUDITIVA: perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

III – DEFICIÊNCIA VISUAL:

Cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

Baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

Campo visual - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.

A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.

Visão monocular

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:

1. Comunicação	3. Habilidades sociais	5. Saúde e segurança	7. Lazer
2. Cuidado pessoal	4. Utilização dos recursos da comunidade	6. Habilidades acadêmicas	8. Trabalho

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)

Assinatura do(a) candidato(a)