

**CONCURSO PÚBLICO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
 EDITAL N°. 002/2010**

**ANEXO II
 LAUDO MÉDICO - PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

O candidato ou seu representante deverá **entregar o original** deste Laudo preenchido pelo médico da **área de sua deficiência**, das 10 horas do dia 10 de agosto de 2010 até as 17 horas do 1º (primeiro) dia útil após o encerramento das inscrições, na **JUNTA MÉDICA MUNICIPAL**, Rua R-8, Qd-R 2A, Lt-03 nº. 38- Setor Oeste – Goiânia-GO, CEP: 74125-130 (ou encaminhá-lo, às suas expensas, via SEDEX, de acordo com o especificado no subitem 3.4.1 do Edital). **Conforme as exigências do subitem 3.4.2 do Edital, o Laudo deverá:** a) constar o nome e o número do Documento de Identificação do candidato especificado no item 4.1 do Edital, nome, assinatura do médico responsável pela emissão do Laudo e número do seu registro no Conselho Regional de Medicina - CRM; b) **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);** c) constar, quando for o caso, a necessidade de uso de órteses, próteses ou adaptações; d) 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; e) 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 em AO (ambos os olhos), realizada até 06 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

O(a) candidato(a): _____, documento de identificação: _____, órgão expedidor: _____, inscrição nº: _____, para o cargo: _____, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de DEFICIÊNCIA _____ de conformidade com o Decreto n.º 3.298, de 20/12/99 e suas alterações posteriores.

I - DEFICIÊNCIA FÍSICA*

- | | | |
|---------------|----------------|---|
| 1 Paraplegia | 6 Tetraparesia | 11 Amputação ou Ausência de Membro |
| 2 Paraparesia | 7 Triplegia | 12 Paralisia Cerebral |
| 3 Monoplegia | 8 Triparesia | 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:

- 1 Cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.
- 2 Baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.
- 3 Campo visual - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.
- 4 A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.

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.

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

Descrição detalhada da deficiência conforme itens "b" e "c" deste documento:

TEMPO ADICIONAL (Se, em razão da deficiência, o candidato necessitar de tempo adicional para fazer a Prova Objetiva e a Redação, o especialista da área de sua deficiência deverá expressar claramente abaixo essa informação com a respectiva justificativa).

_____, ____ / ____ / ____
 Local e Data

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Assinatura do Candidato

(Se necessário utilize o verso)