



**CONCURSO PÚBLICO PARA INGRESSO NOS CARGOS DO QUADRO PERMANENTE DO  
PESSOAL DA CÂMARA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS/GO.**

**ANEXO III – LAUDO MÉDICO**

O Laudo Médico deverá ser entregue em mãos, em envelope lacrado e identificado, até o último dia previsto no Cronograma do Concurso (Anexo I do Edital), no Centro de Seleção da UFG, situado à Rua 226, Qd. 71, s./n., Setor Universitário, CEP 74610-130, Goiânia-GO, no horário das 8 às 17 horas, ou no protocolo da Câmara Municipal de Anápolis, situado no Palácio de Santana – Praça 31 de julho, s/n, Setor Central, Anápolis-GO, exceto sábados, domingos e feriados. O Laudo Médico poderá, também, ser enviado por encomenda expressa (Sedes ou similar) para o endereço do Centro de Seleção.

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

O(a) candidato(a) \_\_\_\_\_  
inscrição n.º \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação n.º \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, telefones \_\_\_\_\_, concorrendo ao Concurso

Público para ingresso nos cargos do quadro permanente do pessoal da Câmara Municipal de Anápolis-GO, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n. 3.298, de 20/12/99 e suas alterações posteriores e na súmula nº 377-STJ, de 22/04/2009.

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

**( ) 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.

**( ) 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.

\* Para os candidatos com deficiência auditiva, o laudo médico deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições, acompanhado do relatório do otorrinolaringologista informando se a perda auditiva do candidato é passível de alguma melhora com uso de prótese e, neste caso, apresentar também exame de audiometria com o uso de prótese, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições

**( ) 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.**

Para os candidatos com deficiência visual, o laudo médico deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

( ) **DEFICIÊNCIA INTELECTUAL:** 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

Para os candidatos com deficiência intelectual, o laudo médico deverá vir acompanhado do original do Teste de Avaliação Cognitiva (Intelectual), especificando o grau ou nível de funcionamento intelectual em relação à média, emitido por médico psiquiatra ou por psicólogo, realizado no máximo em até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

( ) **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA:** associação de duas ou mais deficiências: \_\_\_\_\_

( ) **TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:** deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

**I – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):** \_\_\_\_\_

---

**II – 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 CID):

**III – 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).

O laudo que não apresentar a justificativa para concessão do tempo adicional ou aquele no qual o médico descrever que o candidato não necessita desse tempo terá o pedido indeferido.

**IV – OUTRAS SOLICITAÇÕES** (se, em razão da deficiência, o candidato necessitar de PROVA AMPLIADA, LECTOR DE PROVA, INTÉRPRETE DE LIBRAS ETC. o médico deve declarar essa informação).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato