

### ANEXO III – LAUDO MÉDICO

O laudo médico deverá ser digitalizado e anexado (upload) na página de inscrição, em formato PDF, juntamente com os exames exigidos dentro do prazo previsto no cronograma do Processo Seletivo/Concurso. Todos os dados solicitados no laudo médico deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao(à) candidato(a).

O(A) candidato(a), \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação, se houver, nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, telefones \_\_\_\_\_, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores; com o art. 5º do Decreto Federal nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004; com a Lei nº 14.126, de 22 de março de 2021; com o parágrafo 1º da Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista); com o art. 2º da Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015 e no art. 1º da Lei Federal nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023 (deficiência auditiva).

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

**( ) 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 unilateral total ou 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.

**( ) 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.
- ( ) **Visão monocular** - visão normal em um olho e cegueira no olho contralateral com acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400), 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.**

**( ) 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

**( ) 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.

\_\_\_\_\_ (cidade), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

**I – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 11):** \_\_\_\_\_

**II - DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA** o(a) médico(a) deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com letra legível, com expressa referência ao código correspondente da CID):

**III - TEMPO ADICIONAL** (se, em razão da deficiência, o(a) candidato(a) necessitar de tempo adicional para fazer a prova, o(a) especialista da área de sua deficiência deverá expressar claramente abaixo essa informação com a respectiva justificativa).

\_\_\_\_\_ (cidade), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

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