



**PREFEITURA DE GOIÂNIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**  
**COMISSÃO DE CONCURSO PÚBLICO**



## CONCURSO PÚBLICO PARA PROCURADOR DO MUNICÍPIO – EDITAL N° 001/2015

### ANEXO I – LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O candidato deverá ENTREGAR o original deste laudo, devidamente preenchido, até o 1º (primeiro) dia útil após o encerramento das inscrições, exceto sábados, domingos e feriados, no horário de 8 às 17 horas no Centro de Seleção/UFG Rua 226, Q. 71, s/n, Setor Universitário, CEP. 74610–130, Goiânia–GO.

O candidato poderá, ainda, ENVIAR, via SEDEX, às suas expensas, o original do laudo para o Centro de Seleção da UFG, sendo que, somente serão considerados aqueles cuja postagem seja efetuada até o 1º (primeiro) dia útil após o encerramento das inscrições.

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

Antes de preencher este documento, recomenda-se a leitura do Edital do concurso, em especial a do item 6.

O(a) candidato(a) \_\_\_\_\_

inscrição n. \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação n. \_\_\_\_\_, CPF n. \_\_\_\_\_, telefone (s) \_\_\_\_\_,

concorrendo ao cargo de Procurador do Município, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n° 3.298 de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações e com a súmula nº 377-STJ, de 22 de abril de 2009.

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. Triparesia	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.**

**Para os candidatos com deficiência auditiva**, o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria BERA recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

#### 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°.



**PREFEITURA DE GOIÂNIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**  
**COMISSÃO DE CONCURSO PÚBLICO**



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.

**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:

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

Para os candidatos portadores de deficiência mental, 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 em até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

**V – DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA:** associação de duas ou mais deficiências.

**CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):**


**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):


**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.



**PREFEITURA DE GOIÂNIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO  
COMISSÃO DE CONCURSO PÚBLICO**



**OUTRAS SOLICITAÇÕES** (se, em razão da deficiência, o candidato necessitar de PROVA AMPLIADA, LEDOR 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(a)**