



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



**Concurso Público para provimento de vagas no cargo de Auditor de Tributos do Município de Goiânia do quadro permanente da Secretaria Municipal de Finanças**  
**EDITAL N. 002/2015**

**ANEXO III – LAUDO MÉDICO**

Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato. Consulte os subitens 6 e 7 do Edital.

O laudo médico deverá ser entregue ou enviado (por encomenda expressa, Sedex ou similar), até o último dia previsto no Cronograma do Concurso (Anexo I do Edital), ao Centro de Seleção/UFG, situado à Rua 226, s/n, Qd. 71, Setor Universitário, CEP 74610-130, Goiânia-GO, no horário das 8 às 17 horas, exceto sábados, domingos e feriados.

O(a) candidato(a) \_\_\_\_\_  
inscrição n.º \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identificação n.º \_\_\_\_\_,  
CPF n.º \_\_\_\_\_, telefones \_\_\_\_\_, concorrendo ao Concurso Público para provimento de vagas no cargo de Auditor de Tributos do Município de Goiânia do quadro permanente da Secretaria Municipal de Finanças, 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 BERA 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.

**( ) 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.**



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



2

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 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

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 no máximo em até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

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

**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).



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



3

[Large empty rectangular box]

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.

**IX – 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).

[Large empty rectangular box]

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

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

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