CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - SME
EDITAL Nº. 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 1° (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 n°: _____,

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)