

**CONCURSO PÚBLICO – AGENTE MUNICIPAL DE TRÂNSITO**  
**EDITAL Nº. 001/2009**

**ANEXO II**  
**LAUDO MÉDICO - PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

O candidato ou seu representante deverá entregar **o original deste laudo**, das 10 horas do dia 25 de maio de 2009 até às 17 h do 2º (segundo) 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 seguintes exigências constantes do subitem 3.4.2 do Edital: **a) constar o nome e o número do Documento de Identificação do candidato especificado no item 5.1, 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, realizada até 06 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.**

O(a) candidato(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Documento de Identificação \_\_\_\_\_ Inscrição nº \_\_\_\_\_,  
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:**

- 01 Cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.  
02 Baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.  
03 Campo visual - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.  
04 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:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Se necessário utilize o verso)

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato