



**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO
MUNICÍPIO DE CAMPOS ALTOS/MG
EDITAL Nº 01/2023**



**ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO E DE LAUDO MÉDICO PARA
VAGAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PcD)**

Eu, _____ (nome completo),
_____ (estado civil), _____ (profissão), portador(a) do documento de identidade nº
_____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) à

(endereço completo cidade/estado/CEP), candidato(a) para ingresso no cargo de
_____ do **Processo Seletivo Público do Município de Campos
Altos/MG – Edital nº 01/2023, declaro**, para fins de reserva de vagas, ser Pessoa com Deficiência (PcD) à
luz da(s) legislação(ões) presente(s) e solicito participação no certame dentro dos critérios assegurados à PcD,
conforme previsto no respectivo Edital.

Anexado a esta declaração apresento o Laudo Médico, atestando:

- a) A espécie e o grau ou o nível da minha deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID, o enquadramento da deficiência no Decreto Federal nº 3.298, de 24 de outubro de 1999 e suas alterações e no Decreto Federal nº 9.508, de 24 de setembro de 2018 e suas alterações, a assinatura e o carimbo do registro do Conselho Regional de Medicina – CRM do médico responsável pela emissão do documento.

Por ser verdade, firmo o presente e, nestes termos, peço deferimento.

_____, ____/____/_____.
(Local) (Data)

Assinatura do(a) candidato



PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO
MUNICÍPIO DE CAMPOS ALTOS/MG
EDITAL Nº 01/2023



**MODELO DE LAUDO MÉDICO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD) E/OU SOLICITAÇÃO DE
CONDIÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**

Nome: _____

CPF: _____ Identidade: _____

O(a) paciente acima identificado(a) foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de **DEFICIÊNCIA** em conformidade com o Decreto Federal nº 3.298/1999.

DEFICIÊNCIA FÍSICA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> I - Paraplegia | <input type="checkbox"/> VIII – Triplegia |
| <input type="checkbox"/> II - Paraparesia | <input type="checkbox"/> IX – Triparesia |
| <input type="checkbox"/> III - Monoplegia | <input type="checkbox"/> X – Hemiplegia |
| <input type="checkbox"/> IV - Monoparesia | <input type="checkbox"/> XI – Hemiparesia |
| <input type="checkbox"/> V - Tetraplegia | <input type="checkbox"/> XII - Amputação ou Ausência de Membro |
| <input type="checkbox"/> VI - Tetraparesia | <input type="checkbox"/> XIII - Paralisia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> VII – Ostomia | <input type="checkbox"/> XIV – Nanismo |
| <input type="checkbox"/> XV - Outros: _____ | |

DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

- I - Surdez moderada: apresenta perda auditiva de 41(quarenta e um) a 55(cinquenta e cinco) decibéis;
 II - Surdez acentuada: apresenta perda auditiva de 56(cinquenta e seis) a 70(setenta) decibéis;
 III - Surdez severa: apresenta perda auditiva de 71(setenta e um) a 90(noventa) decibéis;
 IV - Surdez profunda: apresenta perda auditiva acima de 90(noventa) decibéis.
 V - Outros: _____

DEFICIÊNCIA VISUAL:

- I – Cegueira: quando não há percepção de luz ou quando a acuidade visual central é inferior a 20/400P (0,05 WHO), ou ainda quando o campo visual é igual ou inferior a 10 graus, após a melhor correção, quando possível;
 II – Visão subnormal: quando a acuidade visual é igual ou inferior a 20/70P (0,3 WHO), após a melhor correção.
 III – Visão monocular.
 IV - Outros: _____

DEFICIÊNCIA MENTAL:

A deficiência mental caracteriza-se por apresentar o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos aliado a limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade no que tange à: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança, habilidades acadêmicas; lazer e trabalho.

Outros: _____

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID DA PATOLOGIA: _____

Observações Complementares (informar também a condição especial que necessita para realização da prova):

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Candidato(a)

Assinatura, Carimbo e CRM do(a) Médico(a)