



**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DE  
PROVAS DO MUNICÍPIO DE LAGOA  
SANTA/MG - EDITAL Nº 003/2022**



**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 nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à \_\_\_\_\_  
(endereço completo cidade/estado/CEP), candidato(a) para ingresso no cargo de \_\_\_\_\_ do **Processo Seletivo Público de Provas do Município de Lagoa Santa/MG – EDITAL Nº 003/2022, 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 3.298/1999 e suas alterações e no Decreto Federal nº 9.508/2018 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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



**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DE  
PROVAS DO MUNICÍPIO DE LAGOA  
SANTA/MG - EDITAL Nº 003/2022**



**MODELO DE LAUDO MÉDICO – Pessoa com Deficiência - PcD**

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 10) DA PATOLOGIA EM: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) Candidato(a)*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura, Carimbo e CRM do(a) Médico(a)*