



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E METROPOLITANO - SEDUR
ANEXO III

FORMULÁRIO MODELO PARA O LAUDO MÉDICO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA QUE DESEJA CONCORRER À RESERVA DE VAGA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O candidato _____, CPF nº _____, tem diagnóstico de deficiência, conforme especificação a seguir:

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) DA PATOLOGIA: _____
Idade do diagnóstico da deficiência: _____ Idade Atual: _____
Grau ou nível da deficiência: _____
Origem da deficiência: () Congênita () Adquirida: () Acidente () Doença Comum
() Pós-Operatório () Outra: _____
Necessita de adaptação para realização das atribuições do cargo? () Não () Sim.
Quais? _____

CARACTERÍSTICA DA DEFICIÊNCIA:

a) () DEFICIÊNCIA FÍSICA:

- () Monoplegia () Monoparesia () Paraplegia () Paraparesia () Hemiplegia
() Hemiparesia () Triplegia () Tri paresia () Tetraplegia () Tetraparesia
() Nanismo () Paralisia Cerebral () Ostomia () Membros com deformidade
() Amputação ou Ausência de Membro () Outra: _____

b) () DEFICIÊNCIA AUDITIVA - Obrigatório anexar a audiometria.

- () Perda bilateral parcial ou total, de quarenta e um decibéis (41 dB) ou mais, aferida por audiograma, na média das frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.
() Perda unilateral total, de oitenta decibéis (80 dB) ou mais, aferida por audiograma, em cada uma das frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. (Lei Nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023)

c) () DEFICIÊNCIA VISUAL - Obrigatório anexar o exame oftalmológico (acuidade visual com correção ou campo visual).

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

d) () DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL - Comprometimento (sequela) permanente nas funções e ou estruturas do corpo, decorrente de sequelas de transtornos ou doenças mentais e/ou lesões cerebrais, limitando a capacidade ou o desempenho, para atividades e participação em igualdade de acesso com as demais pessoas. Exclui transtornos psicóticos de curta duração, transtornos de humor e epilepsia controlada sem sequelas.

- () Esquizofrenia. () Síndromes epiléticas refratárias ou com sequelas. () Transtorno do Espectro Autista Lei nº 12.764/12. Grau de suporte necessário: () Leve () Moderado () Grave

e) () DEFICIÊNCIA INTELECTUAL - Funcionamento intelectual significativamente inferior à média associado a limitação em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas.

HABILIDADES ADAPTATIVAS LIMITADAS:

- () Comunicação () Habilidades sociais () Saúde e segurança () Lazer () Cuidado pessoal () Utilização dos recursos da comunidade () Habilidades acadêmicas () Trabalho
Data da emissão deste documento: ____/____/____.

Nome do profissional de saúde de nível superior e nº de inscrição no conselho da profissão correspondente.