



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARASSU**

**ANEXO VII**

**LAUDO MÉDICO  
DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA**

Dados do médico:

Nome completo: \_\_\_\_\_

CRM / UF: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Declaro que o (a) Sr(a) \_\_\_\_\_, Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) como Pessoa com Deficiência na Seleção Simplificada, concorrendo a uma vaga para a função de \_\_\_\_\_, conforme PORTARIA 003/2020 – Secretaria de Saúde de Igarassu-PE, de 05 de junho de 2020, fundamentado no exame clínico e nos termos da legislação em vigor (Decreto Federal nº 3.298/1999), \_\_\_\_\_ (é / não é) portador (a) da Deficiência \_\_\_\_\_ (física/auditiva/visual) de CID 10 \_\_\_\_\_, em razão do seguinte quadro:

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

Diante disso, informo que será necessário:

( ) Deficiência física: acesso especial à sala onde será realizada a prova escrita, em razão de dificuldade de locomoção por paralisia de membro (s) inferior (es).

( ) Deficiência física: auxílio no preenchimento do cartão de resposta da prova, em razão da dificuldade motriz de membro (s) superior (es).

( ) Deficiência auditiva: presença de intérprete de libras na sala onde será realizada a prova escrita para comunicação do candidato com fiscal de prova para prestar os esclarecimentos necessários, uma vez que não será permitido o uso de Prótese Auditiva.

( ) Deficiência visual: prova em Braille.

( ) Deficiência visual: prova com letra ampliada para corpo \_\_\_\_\_.

( ) O (A) candidato (a) não é pessoa com deficiência, não havendo necessidade de atendimento especial no momento da realização dos exames.

OBSERVAÇÃO: O (A) candidato (a) inscrito (a) como Pessoa com Deficiência é obrigado (a) a, além deste documento, para a análise da comissão organizadora da Seleção Pública, encaminhar, em anexo, exames atualizados e anteriores que possua que possam comprovar a Deficiência (laudo dos exames acompanhados da tela radiológica, escanometria, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Audiometria, Campimetria Digital Bilateral, estudo da acuidade visual com e sem correção, etc.).

Local, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Ratifico as informações acima.

Ass. c/ Carimbo do Médico