|  |
| --- |
| **Anexo IV – Modelo de Laudo Médico** |

**Concurso Público Para Provimento De Cargos No Serviço Autônomo Municipal De Água E Esgoto – Samae – Edital 01/2017**

O(a) candidato (a) ,   
  
documento de identidade (RG) n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de DEFICIÊNCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. DEFICIÊNCIA FÍSICA ( )

( ) Paraplegia ( ) Triplegia ( ) Parapesia ( ) Triparesia

( ) Monoplegia ( ) Hemiplegia ( ) Monoparesia ( ) Hemiparesia

( ) Tetraplegia ( ) Tetraparesia ( ) Paralisia Cerebral ( ) Amputação ou Ausência de Membro

1. DEFICIÊNCIA AUDITIVA ( ):

( ) Surdez moderada: apresenta perda auditiva de 41 (quarenta e um) a 55 (cinquenta e cinco) decibéis;

( ) Surdez acentuada: apresenta perda auditiva de 56 (cinquenta e seis) a 70 (setenta) decibéis;

( ) Surdez severa: apresenta perda auditiva de 71 (setenta e um) a 90 (noventa) decibéis;

( ) Surdez profunda: apresenta perda auditiva acima 91 (noventa e um) decibéis.

1. DEFICIÊNCIA VISUAL ( ):

( ) Cegueira: quando não há percepção de luz ou quando a acuidade visual central é inferior a 20/400P (0,05WHO) ou, ainda, 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.

1. DEFICIÊNCIA MENTAL ( ):

A deficiência mental caracteriza-se por apresentar o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação anterior à idade de 18 (dezoito) anos, aliada 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, aos cuidados pessoais, às habilidades sociais, ao desempenho na família e na comunidade ou independência na locomoção, saúde, segurança, escola e lazer.

1. OUTRA ( ): Descrever/Detalhar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) DA PATOLOGIA:

Possível causa:

Idade de início da doença: Idade atual:

Grau ou nível da deficiência:

Data de emissão deste Laudo:

Nome do Médico/Especialidade/CRM/Carimbo