

**ANEXO II**  
**MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA**

Nome completo do candidato: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Data de expedição: \_\_\_\_\_

Atesto que \_\_\_\_\_ está enquadrado na definição do art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com alterações introduzidas pelo artigo 70, do Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.

**1. ESPÉCIE DE DEFICIÊNCIA:**

Física ( ) - Auditiva ( ) - Visual ( ) - Mental ( ) - Deficiências múltiplas ( )

**2. DEFICIÊNCIA FÍSICA (EXCETO AS DEFORMIDADES ESTÉTICAS OU AS QUE NÃO PRODUZAM DIFICULDADE PARA O DESEMPENHO DE FUNÇÕES).**

- ( ) Paraplegia - ( ) Paraparesia - ( ) Monoplegia - ( ) Monoparesia  
( ) Tetraplegia - ( ) Tetraparesia - ( ) Triplegia  
( ) Triparesia - ( ) Hemiplegia - ( ) Hemiparesia  
( ) Paralisia cerebral - ( ) Ostomias - ( ) Amputação ou ausência de membro  
( ) Membros com deformidades congênicas ou adquiridas - ( ) Nanismo

**3. DEFICIÊNCIA VISUAL:**

- ( ) Cegueira – Acuidade visual menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. ( ) Baixa visão – Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.  
( ) Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60°.

**4. DEFICIÊNCIA MENTAL:**

- ( ) Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação, Cuidados pessoais, Habilidades sociais, Utilização de recursos da comunidade, Saúde e Segurança, Habilidades acadêmicas, Lazer e Trabalho.

**5. DEFICIÊNCIA AUDITIVA:**

- ( ) Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.

**6. Descrever o grau ou nível da deficiência constatada (interferências funcionais promovidas pela deficiência):**

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

**7. Causa ou origem da deficiência constatada:**

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

**8. CID da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças):** \_\_\_\_\_

Localidade e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/CRM (Carimbo com CRM, conforme item 7.8)