



**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 sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à  
\_\_\_\_\_  
(endereço completo cidade/estado/CEP), candidato(a) para ingresso no cargo de  
\_\_\_\_\_ do **Concurso Público do Município de Jaboticatubas/MG**  
– **Edital nº 01/2025**, 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, de 24 de outubro de 1999 e suas alterações e no Decreto Federal nº 9.508, de 24 de setembro de 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Local) (Data)

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



**MODELO DE LAUDO MÉDICO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD) E/OU SOLICITAÇÃO DE  
CONDIÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**

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 DA PATOLOGIA:** \_\_\_\_\_

Observações Complementares (informar também a condição especial que necessita para realização da prova):

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

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

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