ANEXO VI - MODELO DE DECLARAÇÃO E DE LAUDO MÉDICO PARA VAGAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PcD) E/OU SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

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 ao cargo de _____ do **Concurso Público do Município de Água Boa/MG - Edital nº 01/2026**, **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 descrição da deficiência, com indicação de sua natureza e das características pertinentes à análise da condição declarada, acompanhada das informações clínicas necessárias à avaliação, observada a legislação aplicável e a indicação do código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID), bem como a identificação, a assinatura e o número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do profissional 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 a legislação aplicável.

Deficiência Física:

( ) I – Paraplegia	( ) VI – Tetraparesia	( ) XI – Hemiparesia
( ) II – Paraparesia	( ) VII - Ostomia	( ) XII - Amputação ou Ausência de Membro
( ) III - Monoplegia	( ) VIII - Triplegia	( ) XIII - Paralisia Cerebral
( ) IV - Monoparesia	( ) IX - Triparesia	( ) XIV - Nanismo
( ) V - Tetraplegia	( ) X - Hemiplegia	( ) 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 Intelectual:

( ) A deficiência intelectual 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: _____

Transtorno do Espectro Autista (TEA):

( ) Condição reconhecida para fins de enquadramento como pessoa com deficiência (PcD), nos termos do §2º do art. 1º da Lei Federal nº 12.764/2012, observadas as características clínicas descritas no §1º do mesmo artigo, relativas a déficits persistentes e clinicamente significativos na comunicação e na interação sociais e a padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades.

Deficiências Múltiplas:

( ) Associação de duas ou mais deficiências.
( ) Informe as deficiências: _____

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)