

**EDITAL DE PROCESSO SELETIVO 2018 ISGH**

**ANEXO 05 – LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA**

(De acordo com o Decreto 3.298/1999 e com a Instrução Normativa SIT/ MTE nº 98 de 15/08/2012, observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, Lei 12764/12, Lei13146/2015)

|  |                                    |   |   |
|--|------------------------------------|---|---|
| <b>NOME:</b>   |                                    | <b>CPF:</b>   |   |
| <b>CID:</b>  |                                    | <b>ORIGEM DA DEFICIÊNCIA</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho  | <input type="checkbox"/> Congênita | <input type="checkbox"/> Adquirida em pós-operatório  | <input type="checkbox"/> Acidente comum <input type="checkbox"/> Doença |
| <b>Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais), sensoriais, intelectuais e mentais:</b>   |                                    |   |   |
| <b>Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessários:</b>   |                                    |   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>I – Deficiência Física</b> - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, nanismo (altura: _____), outras (especificar). |                                    | <input type="checkbox"/> <b>III a - Visão Monocular</b> - conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) em um olho (ou cegueira declarada por oftalmologista).  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>II - Deficiência Auditiva</b> - perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz<br><b>Obs: Anexar audiograma.</b>  |                                    | <input type="checkbox"/> <b>IV - Deficiência Intelectual</b> - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como:<br>a) - Comunicação;<br>b) - Cuidado pessoal;<br>c) - Habilidades sociais;<br>d) - Utilização de recursos da comunidade;<br>e) - Saúde e segurança;<br>f) - Habilidades acadêmicas;<br>g) - Lazer;<br>h) - Trabalho.<br>Idade de Início: _____<br><b>Obs: Anexar laudo do especialista.</b> |   |
| <input type="checkbox"/> <b>III - Deficiência Visual</b><br><input type="checkbox"/> cegueira - acuidade visual $\leq$ 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;<br><input type="checkbox"/> baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;<br><input type="checkbox"/> somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.   |                                    | <input type="checkbox"/> <b>IV a - Deficiência Mental</b> – Psicossocial – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, outras limitações psicossociais. Informar se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença (assinalar também as limitações para habilidades adaptativas no quadro acima).<br><b>Obs: Anexar laudo do especialista.</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>IV b - Deficiência Mental</b> – Lei 12764/2012 – Espectro Autista<br><b>Obs: Anexar laudo do especialista.</b>   |                                    | <input type="checkbox"/> <b>V- Deficiência Múltipla</b> - associação de duas ou mais deficiências.<br><b>(Assinalar cada uma acima)</b>   |   |
| <b>CONCLUSÃO:</b>  |                                    |   |   |
| A pessoa está enquadrada nas definições dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com alterações do Dec. 5296/2004, Lei 12764/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009 e recomendações da IN 98/SIT/2012.   |                                    |   |   |
| <b>Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior da área da saúde/especialidade</b>   |                                    |   |   |
| Estou ciente de que estou sendo enquadrado na cota de pessoas com deficiência/reabilitados da empresa. Autorizo a apresentação deste Laudo e exames ao Ministério do Trabalho e Emprego.   |                                    |   |   |
| <b>Data:</b>   |                                    | <b>Assinatura do avaliado</b>   |   |