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 no cargo de _____ do **Concurso Público do Consórcio Público Intermunicipal de Desenvolvimento Sustentável do Alto Paranaíba - CISPAR - 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 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 3.298/1999, no Decreto Federal nº 9.508/2018, e no e no Decreto Federal nº 12.533/2025, e alterações posteriores, 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

CONCURSO PÚBLICO DO CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO ALTO PARANAÍBA - CISPAR
EDITAL Nº 01/2026

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:

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

Deficiência Múltipla:

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

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)