

**CONCURSO PÚBLICO DO HOSPITAL
METROPOLITANO ODILON BEHRENS**

EDITAL Nº 01/2026

**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 Hospital Metropolitano Odilon Behrens - 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

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 | ☐ VIII – Triplegia |
| ☐ II - Paraparesia | ☐ IX – Triparesia |
| ☐ III - Monoplegia | ☐ X – Hemiplegia |
| ☐ IV - Monoparesia | ☐ XI – Hemiparesia |
| ☐ V - Tetraplegia | ☐ XII - Amputação ou Ausência de Membro |
| ☐ VI - Tetraparesia | ☐ XIII - Paralisia Cerebral |
| ☐ VII – Ostomia | ☐ 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.

**CONCURSO PÚBLICO DO HOSPITAL
METROPOLITANO ODILON BEHRENS**

EDITAL Nº 01/2026

() 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)