

A) **Deficiência Física:**(conforme estabelece o subitem 2.9.1, observados os subitens 2.9.2 e 2.9.3)

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, tri paresia,
 hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro,
 paralisia cerebral, nanismo,
 membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

B) **Deficiência Auditiva:** (conforme estabelece o subitem 2.9.1, observados os subitens 2.9.2 e 2.9.3)

- perda **bilateral**, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000H.

C) **Deficiência Visual:** (conforme estabelece o subitem 2.9.1, observados os subitens 2.9.2 e 2.9.3)

- cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
 visão monocular (Lei 14.126/2021).

D) **Deficiência Mental:** (conforme estabelece o subitem 2.9.1, observados os subitens 2.9.2 e 2.9.3)

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- comunicação; saúde e segurança;
 cuidado pessoal; habilidades acadêmicas;
 habilidades sociais; lazer;
 utilização dos recursos da comunidade; trabalho.

Nome completo do(a) médico(a): _____

CRM: _____ Estado: _____

DATA: ____/____/____

Assinatura do(a) médico(a) e carimbo

**Espaço reservado para
reconhecimento de
firma em cartório, da
assinatura do(a) médico(a)**

Autorizo a divulgação do CID e descrição da patologia no laudo.

Assinatura do Candidato

Deverá constar o nome legível do(a) médico(a), carimbo, assinatura e CRM do(a) responsável pelo preenchimento do formulário, **com firma reconhecida em cartório.**

(IMPRIMIR FRENTE E VERSO NA MESMA FOLHA)