





PARTE INTEGRANTE DO EDITAL Nº 038/2024 - SMRH

ANEXO V

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

<b>IV - ENQUADRAMENTO LEGAL</b>			
<b>1. DEFICIÊNCIA FÍSICA</b> - Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando comprometimento da função física. Não inclui as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldade para o desempenho de funções.			
<b>1.1. ALTERAÇÕES DE FORÇA</b>			
Obs. 1: Plegia é sinônimo de paralisia, ou seja, perda <b>total</b> da motricidade em que não existe contração muscular (força grau 0)			
Obs. 2: Paresia é sinônimo de fraqueza, ou seja, perda <b>parcial</b> da motricidade (força grau I a IV)			
<b>Descrição da alteração</b>	<b>Grau de força (Grau 0 / I / II / III / IV / V)</b>		
• Membro superior direito:			
• Membro superior esquerdo:			
• Membro inferior direito:			
• Membro inferior esquerdo:			
<b>Obs.:</b> Do Grau 3 para pior, tem-se significativa alteração da funcionalidade de membros superiores ou inferiores, o que permite o enquadramento. Para o Grau 4, há que se avaliar outras <b>alterações associadas</b> , não bastando a redução de força para enquadramento.			
<b>Assinale a opção correspondente (inclui os casos de paralisia cerebral)</b>			
<b>a</b>	Monoplegia - perda <b>total</b> das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);		
<b>b</b>	Monoparesia - perda <b>parcial</b> das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);		
<b>c</b>	Paraplegia - perda <b>total</b> das funções motoras dos membros inferiores;		
<b>d</b>	Paraparesia - perda <b>parcial</b> das funções motoras dos membros inferiores;		
<b>e</b>	Hemiplegia - perda <b>total</b> das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);		
<b>f</b>	Hemiparesia - perda <b>parcial</b> das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);		
<b>g</b>	Triplegia - perda <b>total</b> das funções motoras em três membros;		
<b>h</b>	Triparésia - perda <b>parcial</b> das funções motoras em três membros;		
<b>i</b>	Tetraplegia - perda <b>total</b> das funções motoras dos membros inferiores e superiores;		
<b>j</b>	Tetraparesia - perda <b>parcial</b> das funções motoras dos membros inferiores e superiores;		
Alterações associadas (Obrigatório para força grau IV):			
<b>1.2. ALTERAÇÕES ARTICULARES (assinale a opção correspondente, inclusive para os casos de paralisia cerebral)</b>			
<b>a</b>	redução de mais de um terço dos movimentos da mandíbula		
<b>b</b>	redução de mais de dois terços dos movimentos da coluna cervical		
<b>c</b>	redução de mais de dois terços dos movimentos da coluna lombo sacra		
<b>d</b>	redução de mais de um terço dos movimentos da articulação do ombro	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>e</b>	redução de mais de um terço dos movimentos da articulação do cotovelo	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>f</b>	redução de mais de um terço dos movimentos de pronação do antebraço	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>g</b>	redução de mais de um terço dos movimentos de supinação do antebraço	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>h</b>	redução de mais de dois terços dos movimentos do 1º e/ou 2º quirodáctilo desde que atingidas as articulações metacarpo-falangeana e falange-falangeana	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>i</b>	redução de mais de um terço dos movimentos da articulação coxo-femural/quadril	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>j</b>	redução de mais de um terço dos movimentos da articulação do joelho	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>k</b>	redução de mais de um terço dos movimentos da articulação tíbio-társica/tornozelo	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>1.3. AMPUTAÇÕES E/OU AUSÊNCIA DE MEMBROS</b>			
<b>1.3.1. Membros superiores (assinale a opção correspondente)</b>			
<b>a</b>	perda de segmento ao nível ou acima (proximal) do carpo	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>b</b>	perda de segmento do 1º dedo (polegar) da mão, desde que atingida a falange proximal.	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>c</b>	perda de segmento do 2º dedo (indicador) da mão, desde que atingida a falange proximal.	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>d</b>	perda de segmentos de dois dedos da mão, desde que atingida a falange proximal em pelo menos um deles	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>especificar:</b>			
<b>e</b>	perda de segmento de três ou mais falanges de três ou mais dedos da mão	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>especificar:</b>			
<b>1.3.2. Membros inferiores (assinale a opção correspondente)</b>			
<b>a</b>	perda de segmento ao nível ou acima (proximal) do tarso/tornozelo	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>b</b>	perda de segmento do 1º dedo (hálux), desde que atingida a falange proximal	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>c</b>	perda de segmento de dois outros dedos, que tenha atingido a falange proximal em ambos	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>especificar:</b>			
<b>d</b>	perda de segmento de três ou mais falanges de três ou mais pododáctilos	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>especificar:</b>			
<b>1.4. ENCURTAMENTO DE MEMBRO INFERIOR (anexar escanometria)</b>			
<b>a</b>	Encurtamento superior a 4 (quatro) centímetros	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>b</b>	Encurtamento inferior a 4 (quatro) centímetros que altera significativamente a marcha comunitária	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>1.5. ALTERAÇÕES PERMANENTES DO APARELHO FONATÓRIO</b>			

**PARTE INTEGRANTE DO EDITAL Nº 038/2024 - SMRH**
**ANEXO V**
**LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA**

<b>a</b>	fendas palatinas graus III e IV			
<b>b</b>	extração de pregas vocais			
<b>c</b>	gagueira grave ou dislalias que prejudicam significativamente a comunicação (anexar laudo fonoaudiológico)			
<b>1.6. OSTOMIAS DEFINITIVAS</b> (intervenção cirúrgica que cria um ostoma [abertura, ostio])				
<b>a</b>	traqueostomia			
<b>b</b>	( ) colostomia / ( ) jejunostomia / ( ) ileostomia			
<b>c</b>	( ) urostomia / ( ) nefrostomia			
<b>d</b>	outra:			
<b>1.7. NANISMO</b>				
<b>a</b>	Homem cuja altura não ultrapassa 1,45 metros. Altura: _____ m			
<b>b</b>	Mulher cuja altura não ultrapassa 1,40 metros. Altura: _____ m			
<b>1.8. PARALISIA CEREBRAL</b>				
<b>a</b>	Alterações de força muscular conforme descrito no item 1.1.			
<b>b</b>	Alterações articulares conforme descrito no item 1.2.			
<b>2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> (*obrigatório anexar exame de audiometria)				
<b>a</b>	Perda <b>bilateral</b> parcial ou total, <b>de quarenta e um decibéis (41 dB) ou mais</b> , aferida por audiograma, <b>na média das frequências</b> de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.			
<b>b</b>	Perda <b>unilateral</b> total, <b>de oitenta decibéis (80 dB) ou mais</b> , aferida por audiograma, <b>em cada uma das frequências</b> de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. (Lei Nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023)			
<b>3. DEFICIÊNCIA VISUAL</b>				
<b>a</b>	Cegueira ou acuidade visual menor ou igual a 0,05 (20/400) no melhor olho, <b>com a melhor correção óptica.</b>		AV OD (cc)	
<b>b</b>	Baixa Visão ou acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, <b>com a melhor correção óptica.</b>		AV OE (cc)	
<b>c</b>	Monocular: acuidade visual menor ou igual a 0,05 (20/400) em um olho, <b>com a melhor correção óptica.</b> (Lei Nº 14.126, de 22 de março de 2021)			
<b>d</b>	Limitação do campo visual quando a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º Campo visual OD: _____ graus / Campo visual OE: _____ graus. <b>*Obrigatório anexar exame de campimetria</b>			
<b>4. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL.</b> *obrigatória avaliação por psiquiatra e/ou neurologista e/ou psicólogo				
<b>a</b>	Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação <b>antes</b> dos dezoito anos <b>associado a limitação em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas.</b>			
<b>Habilidades adaptativas limitadas (duas ou mais)</b>				
<b>01</b>	Comunicação	<b>03</b>	Habilidades sociais	
<b>02</b>	Cuidado pessoal	<b>04</b>	Utilização dos recursos da comunidade	
<b>05</b>	Saúde e segurança	<b>06</b>	Habilidades acadêmicas	
<b>07</b>	Lazer	<b>08</b>	Trabalho	
<b>5. DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL.</b> *obrigatória avaliação por psiquiatra e/ou neurologista e/ou psicólogo.				
Comprometimento (sequela) <b>permanente</b> nas funções e ou estruturas do corpo, decorrente de sequelas de <b>transtornos ou doenças mentais</b> e/ou <b>lesões cerebrais</b> , limitando a capacidade ou o desempenho, para atividades e participação em igualdade de acesso com as demais pessoas. Exclui transtornos psicóticos de curta duração, transtornos de humor e epilepsia controlada sem sequelas.				
<b>a</b>	<b>Transtorno do Espectro Autista</b> Lei nº 12.764/12	deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;		
<b>b</b>	<b>Deficiência Psicossocial</b>	Esquizofrenia a. <b>*Obrigatório indicar habilidades adaptativas limitadas</b>	Outros transtornos mentais permanentes. <b>*Obrigatório indicar habilidades adaptativas limitadas</b>	
<b>c</b>	<b>Déficit cognitivo originado após 18 anos</b>	Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, originado <b>após</b> os 18 anos, associado a limitação em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas. <b>*Obrigatório indicar habilidades adaptativas limitadas</b>		
<b>*Habilidades adaptativas limitadas (duas ou mais)</b>				
<b>01</b>	Comunicação	<b>03</b>	Habilidades sociais	
<b>02</b>	Cuidado pessoal	<b>04</b>	Utilização dos recursos da comunidade	
<b>05</b>	Saúde e segurança	<b>06</b>	Habilidades acadêmicas	
<b>07</b>	Lazer	<b>08</b>	Trabalho	
<b>6. HABILITADO OU REABILITADO.</b> *obrigatório anexar cópia do Certificado emitido pelo INSS.				
<b>a</b>	Pelo Centro de Habilitação do Deficiente ou de Reabilitação Profissional do INSS			
<b>7. DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA.</b> Associação de duas ou mais deficiências.				
<b>a</b>	Deficiência física	<b>c</b>	Deficiência visual	
<b>b</b>	Deficiência auditiva	<b>d</b>	Deficiência intelectual	
<b>e</b>	Deficiência psicossocial		<b>f</b>	Habilitado ou Reabilitado (INSS)
<b>Assinatura do candidato(a):</b>		Estou ciente de que estou me inscrevendo para concorrer às vagas destinadas a pessoas com deficiência conforme edital do certame indicado na primeira página deste documento e autorizo a colocação expressa do CID relativo a minha deficiência, bem como a divulgação do conteúdo deste laudo à Delegacia Regional do Trabalho.		



PARTE INTEGRANTE DO EDITAL Nº 038/2024 - SMRH

ANEXO V

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

<p>Local: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p>	<p>_____</p> <p>Médico Especialista na Área da Deficiência Assinatura e Carimbo/CRM</p>
---	---