



ANEXO VII - MODELO DE LAUDO MÉDICO

O(a) candidato(a) _____

_____ Documento de Identificação (RG)

nº: _____, CPF nº: _____, foi submetido(a), nesta data, a

exame clínico sendo identificada a existência de

DEFICIÊNCIA

a) DEFICIÊNCIA FÍSICA ()

() Paraplegia () Triplegia () Paraparesia () Triparesia () Monoplegia () Hemiplegia ()
Monoparesia () Hemiparesia () Tetraplegia ()

Tetraparesia () Paralisia Cerebral () Amputação ou Ausência de Membro () Ostomia ()
Nanismo () Membros com deformidade congênita ou adquirida

b) DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

() Surdez moderada: apresenta perda auditiva de 41 (quarenta e um) a 55 (cinquenta e cinco) decibéis; () Surdez acentuada: apresenta perda auditiva de 56 (cinquenta e seis) a 70 (setenta) decibéis;

() Surdez severa: apresenta perda auditiva de 71 (setenta e um) a 90 (noventa) decibéis;
() Surdez profunda: apresenta perda auditiva acima de 90 (noventa) decibéis.

c) DEFICIÊNCIA VISUAL ():

() Cegueira: quando não há percepção de luz ou quando a acuidade visual central é inferior a 20/400P (0,05WHO), ou ainda quando o campo visual é igual ou inferior a 10 graus, após a melhor correção, quando possível;

() Visão subnormal: quando a acuidade visual é igual ou inferior a 20/70P (0,3 WHO), após a melhor correção. () Visão monocular.

d) DEFICIÊNCIA INTELECTUAL ():

A deficiência mental caracteriza-se por apresentar o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação anterior à idade de 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 em relação a: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, ou independência na locomoção, saúde, segurança, escola e lazer.



Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria de Desenvolvimento Econômico,
Junta Comercial, Industrial e Serviços – JucisRS

e) DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA E OUTRAS ():

Descreva: _____

f) CONDIÇÃO ESPECIAL ()

Dados especiais para aplicação das PROVAS:

() NECESSITA DE PROVA ESPECIAL e/ou () CONDIÇÕES ESPECIAIS

Relacionar qual o tipo de prova ou condição de que necessita: _____

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) DA
PATOLOGIA: _____

Idade do diagnóstico da deficiência: _____

Idade Atual: _____

Grau ou nível da deficiência: _____

Histórico da patologia: _____

_____, ____ de ____ de 2025.

Nome do médico/Especialidade/CRM/Carimbo