

## COMUNICADO

Os candidatos que tiveram seus pedidos de inscrição INDEFERIDOS para concorrerem à reserva destinada às pessoas com deficiência e que desejarem interpor recurso contra o indeferimento preliminar, poderão, **alternativamente**, enviar o LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA (documento anexo), devidamente preenchido e assinado, **por meio do e-mail [concursocompesa2016@fgv.br](mailto:concursocompesa2016@fgv.br), até as 23h59 do dia 07 de julho de 2016.**

Obrigatoriamente, os candidatos deverão, ainda, enviar o laudo caracterizador de deficiência - original ou cópia autenticada em cartório - até o dia 07 de julho de 2016, impreterivelmente, via SEDEX ou Carta Registrada com AR, para a sede da **FGV – Caixa Postal nº 205 – Muriaé/MG – CEP: 36880-970**, com os seguintes dizeres: **CONCURSO COMPESA (Especificar o Emprego/Especialidade) – DOCUMENTAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.**

O envio do laudo caracterizador de deficiência não configura participação automática na concorrência para as vagas reservadas, devendo o mesmo passar por uma análise da comissão.

Sendo o que nos cumpre informar e esclarecer.

Em 04 de julho de 2016.

**LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA**

---

Atesto que \_\_\_\_\_ está enquadrado na conceituação do artigo 2º, da Lei nº 13.146/2015 (LBI), qual seja: “Pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” ou nas categorias discriminadas no artigo 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações do Decreto nº 5.296/2004, no §1º, do artigo 1º, da Lei nº 12.764/2012 (Transtorno do Espectro Autista) e no enunciado da Súmula nº 377 do Superior Tribunal de Justiça (Visão monocular), observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, ratificados pelo Decreto nº 6.949/2009.

**1. ( ) DEFICIÊNCIA FÍSICA:**

- ( ) Paraplegia      ( ) Paraparesia      ( ) Monoplegia      ( ) Monoparesia      ( ) Tetraplegia  
( ) Tetraparesia      ( ) Triplegia      ( ) Triparésia      ( ) Hemiplegia      ( ) Hemiparesia  
( ) Paralisia cerebral      ( ) Ostomias      ( ) Amputação ou ausência de membro      ( ) Nanismo  
( ) Membros com deformidades congênicas ou adquiridas  
( ) Outras. Especificar: \_\_\_\_\_

**2. ( ) DEFICIÊNCIA VISUAL (Anexar exame oftalmológico):**

- ( ) Cegueira – Acuidade visual menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.  
( ) Baixa visão – Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.  
( ) Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.  
( ) Visão Monocular – Súmula 377 STJ

**3. ( ) DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (Anexar parecer/avaliação psicológico e/ou laudo psiquiátrico)**

- ( ) Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação, Cuidados pessoais, Habilidades sociais, Utilização de recursos da comunidade, Saúde e Segurança, Habilidades acadêmicas, Lazer e Trabalho.

**4. ( ) DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Anexar audiometria)**

- ( ) Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma (anexo) nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.

**5. ( ) DEFICIÊNCIA MENTAL (Psicossocial) – Anexar laudo psiquiátrico, psicológico ou de profissional de nível superior da área de saúde habilitado nessa deficiência.**

- ( ) Esquizofrenia ( ) Transtorno do Espectro Autista ( ) Outras Psicoses – Informar a CID [ ] e descrever limitações funcionais na vida diária e social, se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença.

**Em caso de deficiências múltiplas, assinalar os campos correspondentes às respectivas deficiências.**

**6. ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:**

- ( ) Congênita      ( ) Doença      ( ) Pós-operatório      ( ) Acidente Comum      ( ) Acidente de Trabalho

**7. Descrever detalhadamente a deficiência (se necessário, utilizar folhas anexas):**

---

---

---

---

**8. Descrever detalhadamente os impedimentos funcionais (se necessário, utilizar folhas anexas):**

---

---

---

---

**9. CID10 da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças):** \_\_\_\_\_

Localidade e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Registro no Respectivo Conselho/Especialidade

Declaro estar ciente de que estou sendo incluído nas cotas legais de **empregados com deficiência e/ou reabilitados do INSS** a que se referem o artigo 93, da Lei nº 8.213/1991 e as normas elencadas neste documento.

Autorizo a divulgação da CID e apresentação do presente laudo, prontuário médico, avaliação clínica, exames complementares e avaliação por equipe multiprofissional à Auditoria Fiscal do Trabalho do Ministério do Trabalho.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Empregado: \_\_\_\_\_

**O presente laudo pode ser assinado pelos seguintes profissionais da área de saúde: médico (todas as deficiências, ligadas à área de atuação), fisioterapeuta (física), fonoaudiólogo (auditiva), psicólogo (intelectual e mental) e terapeuta ocupacional (todas as deficiências).**