

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, 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).