

ANEXO X - MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DETENTORES DE DOENÇAS INCAPACITANTES

Dr(a). _____ CRM/CFM nº: _____ CPF
nº _____ Especialidade: _____ Declaro,
para atendimento do texto da Lei Municipal nº 6.357/2024, art. 4º, § 2º, relativamente para a Seleção
Simplificada da Secretaria de Educação do Município de Olinda/PE 2026, que
_____, identidade
nº _____, é portador(a) da seguinte doença incapacitante:
_____, CID nº _____.

_____, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do(a) médico(a) declarante

*anexar a esta documentação de vínculo com criança e/ou adolescente incapacitante, conforme item 5.4.1 do edital

Lei Municipal nº 6357/2024: Art. 4º Ficam reservadas às mães ou aos tutores de crianças e adolescentes detentores de doenças incapacitantes 5% (cinco por cento) das vagas oferecidas nos concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos no âmbito da Administração Municipal de qualquer espécie, na forma desta Lei. § 1º Considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990). § 2º São consideradas doenças incapacitantes, para efeito desta lei, aquelas que impossibilitam os filhos/tutelados de disporem de autonomia comum as demais crianças e adolescentes, dependendo de cuidados especiais, a exemplo de Microcefalia Congênita, Síndrome de Down, Epidermólise Bolhosa, Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Miastenia Gravis, Mieloma Múltiplo, Mucopolissacaridose, entre outras que tornem incapacitante a prática de atos comuns da vida de forma independente.