

Secretaria Municipal de Administração, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Cidadania, Secretaria Municipal de Educação.

**ANEXO IV – MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATOS(AS) PCD**

**Dados do médico:**

Nome completo:

\_\_\_\_\_

CRM/UF: \_\_\_\_\_ .Especialidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro que o(a) Sr.(<sup>a</sup>)

\_\_\_\_\_

titular da Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº

\_\_\_\_\_

inscrito(a) como **Pessoa com Deficiência** na Seleção Pública Simplificada do Município de Bezerros, concorrendo à vaga para a função de \_\_\_\_\_, fundamentado no exame clínico e nos termos da legislação em vigor, é considerado pessoa com deficiência por apresentar a deficiência \_\_\_\_\_, da espécie \_\_\_\_\_ (física/auditiva/visual), grau \_\_\_\_\_ / nível \_\_\_\_\_, com CID 10 \_\_\_\_\_, em razão da provável

causa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ratifico as informações acima expostas,**

\_\_\_\_\_

**(assinatura e carimbo do Médico declarante)**