

**ANEXO IV**  
**DO MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**  
**DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA**

**Dados do médico:**

Nome completo:

\_\_\_\_\_.

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

Especialidade:

\_\_\_\_\_.

Declaro que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, titular da Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) como **Pessoa com Deficiência** na Seleção Pública Simplificada promovida pelo Município de Moreno e regida pelo Edital nº 02/2025, de xx de novembro de 2025, 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)**