

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

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 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)