



**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.(<sup>a</sup>) \_\_\_\_\_,  
titular da Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) como **Pessoa com Deficiência** na Seleção Pública Simplificada autorizada pela Portaria Conjunta  
SEPLAGTD/SEDUC nº 25/2024, de 17 de abril de 2024, 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)**