



ANEXO V
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 autorizada pela Portaria Conjunta
SEPLAGTD/SEDUC nº 23/2024, de 11 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)