



ANEXO V

LAUDO MÉDICO – PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO - PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE - PR
EDITAL Nº 09/2022**

NOME: _____

RG _____ UF: _____ CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____

CARGO: _____

A – TIPO DA DEFICIÊNCIA:

B – CÓDIGO CID: _____

C – LIMITAÇÕES FUNCIONAIS: _____

D - PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA:

De acordo com as descrições acima, declaro que a deficiência do candidato é:

() COMPATÍVEL para exercer o cargo de:

() INCOMPATÍVEL para exercer o cargo de

Médico Examinador
Assinatura e Carimbo/CRM

Assinatura do candidato

Local: _____ Data: ____/____/____.