

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 011/2019

ANEXO IV – FORMULÁRIO INSCRIÇÃO COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA		
Nome:		
RG:	UF:	CPF:
Data de nascimento: _____ / _____ / _____		Sexo:
CÓDIGO CID		
Limitações funcionais:		
Função Pretendida:		
PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA:		
De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é:		
( ) COMPATÍVEL para exercer a função de _____		
( ) INCOMPATÍVEL para exercer a função de _____		
Local: _____		Data: _____ / _____ / _____
_____ Médico examinador Assinatura e carimbo CRM		_____ Assinatura do candidato