

ANEXO VIII – Edital nº 001/2021 – SEJUF

LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome: _____		
RG	UF:	CPF:
Data de Nascimento: ____/____/____		Sexo: _____
A - Função Pretendida: _____		
B – Tipo da Deficiência: _____		
C – Código CID: _____		
D – Limitações Funcionais: _____		
E – PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA:		
De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é:		
<input type="checkbox"/> COMPATÍVEL para exercer a função de _____		
<input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL para exercer a função de _____		
Local: _____ Data: ____/____/20____		
_____ Médico Examinador Assinatura e Carimbo	_____ Assinatura do candidato	
Local e data: _____, _____ de _____ de _____.		