
ANEXO IV

**MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATAS/OS COM
DEFICIÊNCIA**

MODELO SUGERIDO DE ATESTADO MÉDICO

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO À VAGA PARA PESSOA COM
DEFICIÊNCIA**

NOME: _____ **DATA DE NASCIMENTO:** _____

GÊNERO: _____ **NOME SOCIAL:** _____

RG: _____ **UF/RG:** _____ **CPF:** _____ **TEL.:** _____

ENDEREÇO: _____ **Nº:** _____ **COMPLEMENTO:** _____

CEP: _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____ **UF:** _____ **E-MAIL:** _____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME DO MÉDICO: _____ **REGISTRO PROFISSIONAL**

(CRM): _____

LOCAL DE ATENDIMENTO: _____

TEL.: _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

TIPO DE DEFICIÊNCIA: _____ **CÓDIGO INTERNACIONAL**

DE DOENÇAS (CID): _____

Deficiência FÍSICA: _____

