

ANEXO VII

LAUDO MÉDICO (modelo) PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA	
Nome: _____	
RG: _____	UF: _____ CPF: _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: _____
A - Tipo da Deficiência: _____	
B – Código CID: _____	
C – Limitações Funcionais: _____	
D – Função pretendida: () Professor/Pedagogo /Tradutor e Intérprete de Libras/ Professor Guia Intérprete () Assistente Administrativo () Auxiliar de Serviços Gerais	
E - 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 _____.	
_____ Médico Examinador Assinatura e Carimbo/CRM	_____ Assinatura do candidato
Local: _____	Data: ____/____/20__