

**MODELO DE LAUDO MÉDICO A SER APRESENTADO PELO CANDIDATO(A)
INSCRITO(A) COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)**

LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS(AS) 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:					
E – PARECER DO(A) MÉDICO(A) ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA:					
Médico(a) Examinador(a) Assinatura e Carimbo/CRM			Assinatura do(a) candidato(a)		
Local: _____		Data: ____, de _____ de _____			