



Município de Céu Azul

Estado do Paraná

ANEXO VII

FORMULARIO 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: <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico de Laboratório de Análises Clínicas <input type="checkbox"/> Bioquímico/Biomédico	
PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIENCIA:	
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:
Assinatura e CRM do Médico Examinador	Assinatura do Candidato