**ANEXO V**

**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIENCIA:  De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é:  ( ) COMPATÍVEL para exercer a função.  ( ) INCOMPATÍVEL para exercer a função. | | | |
| Local: | | Data: | |
|  | |  | |
| Assinatura e CRM do Médico Examinador | | Assinatura do Candidato | |