**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 |