

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU	
PROTOCOLO Nº	
DATA	
ASS:	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO
CONCURSOS PÚBLICOS E PROCESSO SELETIVO PÚBLICO Nº 001/2015
EDITAL DE ABERTURA Nº 195/2015**

ANEXO 05

**REQUERIMENTO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATO QUE DESEJA CONCORRER À
RESERVA ESPECIAL DE VAGAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

1. ESTE ESPAÇO DEVE SER PREENCHIDO PELO CANDIDATO

NOME DO CANDIDATO: _____

RG: _____ CPF: _____

CARGO PRETENDIDO: _____

Vem **REQUERER** reserva de vaga para concorrer como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**.

2. ESTE ESPAÇO DEVE SER PREENCHIDO PELA JUNTA MÉDICA

Para fins de solicitar e permitir a análise da Junta Médica, quanto à solicitação do candidato como pessoa com deficiência o candidato apresentou:

(☐) Atestado(s) médico(s) referente(s) a sua deficiência.

(☐) Exame(s) Médico(s) referentes a sua deficiência.

Com base na análise do(s) documento(s) entregue(s) pelo candidato, atesto, para os devidos fins que o Candidato ACIMA CITADO, apresenta a seguinte deficiência:

Tipo de deficiência: _____

Código da Classificação Internacional de Doença – CID _____

(OBS: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres).

Condições do candidato para inscrição no concurso:

A) SIM (): a deficiência do candidato é compatível com as atribuições do cargo/emprego e o candidato pode inscrever-se no concurso e com direito à reserva de vagas para pessoas com deficiência.

B) NÃO (): a deficiência do candidato não é compatível com as atribuições do cargo/emprego e o candidato não pode inscrever-se no concurso pretendido.

C) NÃO (): o candidato não é pessoa com deficiência e não pode inscrever-se com direito à reserva de vagas para pessoas com deficiência.

Data: ____/____/____

Assinatura do candidato: _____

Nome do Médico Responsável pelo Laudo: _____

ASSINATURA DOS MÉDICOS
Carimbo com nome e CRM do Médico