



PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 01/2026

EDITAL 01.01/2026

ANEXO III-A - FORMULÁRIO COMPLEMENTAR INSCRIÇÃO COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

LAUDO MEDICO 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 DEFICIÊNCIA:		
De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é:		
() COMPATÍVEL para exercer a função de _____		
() INCOMPATÍVEL para exercer a função de _____		
Local: _____ Data: ____/____/____		
Médico examinador Assinatura e carimbo CRM		Assinatura do candidato