

LAUDO MÉDICO

Declaro que o (a) Sr.(a) _____
_____, portador(a) do R.G. n.º _____
e CPF nº _____, Inscrito no Processo Seletivo Simplificado do HCFMB do
Edital nº ____/_____ para a função atividade de: _____,
é portador(a) de deficiência _____,
com grau/nível _____ e CID n.º _____.

A provável causa da deficiência é _____
_____.

_____, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do médico