

# LAUDO MÉDICO

Declaro que o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_,  
R.G. n.º \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, Inscrito no Concurso Público HCFMB do

Edital n.º \_\_\_\_/\_\_\_\_\_, Função Atividade: \_\_\_\_\_,

é portador(a) de deficiência \_\_\_\_\_, com  
grau/nível \_\_\_\_\_ e CID n.º \_\_\_\_\_.

A provável causa da deficiência é \_\_\_\_\_

## Declaro ainda que o candidato:

- Não necessita de Condições Especiais para Prova.  
 Necessita de Condições Especiais para Prova Especial (Especificar Abaixo)

## Condição Especial:

- Prova em Braile  
 Prova Ampliada Tipo de Letra \_\_\_\_\_ Tamanho \_\_\_\_\_  
 Prova com Ledor  
 Prova com Linguagem de Sinais (Libras)  
 Mesa e/ou cadeiras especiais  
 Cadeirante (rampa de acesso ou elevadores)  
 Tempo Adicional para realização da prova.  
 Outras: \_\_\_\_\_

Fundamentação médica para a necessidade de Condição Especial: \_\_\_\_\_

Data: / /	Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior da área da saúde/Especialidade.
--------------	--

## Declaração do avaliado:

Estou ciente de que estou sendo enquadrado na cota de pessoas com deficiência/reabilitados da empresa e Autorizo a apresentação deste Laudo e exames ao Ministério do Trabalho e Emprego.

Data: / /	Assinatura do avaliado.
--------------	-------------------------