PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA
SEGURANÇA PÚBLICA

LAUDO MÉDICO A SER APRESENTADO PELO CANDIDATO(A) INSCRITO(A) COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS(AS) COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA
Nome:
RG: Estado Emissor: CPF:
Data de Nascimento: GÊNERO:
A – Tipo da Deficiência:
B – Código CID:
C – Limitações Funcionais:
D – Função pretendida ☐ Assistente Social ☐ Psicólogo
E – PARECER DO(A) MÉDICO(A) ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA: De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do(a) candidato(a) é: ☐ COMPATÍVEL para exercer a função de ☐ Assistente Social ☐ Psicólogo ☐ INCOMPATÍVEL para exercer a função de ☐ Assistente Social ☐ Psicólogo
_____ _____ Médico(a) Examinador(a) Assinatura do(a) candidato(a) Assinatura e Carimbo/CRM , de de 20 .