



**ANEXO XX**

**DO MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA**

DADOS DO MÉDICO
Nome completo:
CRM/UF:
Especialidade:
Declaro que o(a) Sr.(ª) _____, titular da Identidade nº _____ e do CPF nº _____, inscrito(a) como Pessoa com Deficiência na Seleção Pública Simplificada autorizada regida pelo Edital nº 0X/2025, de xx de xxx de 2025, da Secretaria de XXXXXXXX do Município, concorrendo à vaga para a função de _____, fundamentado no exame clínico e nos termos da legislação em vigor, é considerado pessoa com deficiência por apresentar a deficiência _____, da espécie _____ (física/auditiva/visual), grau _____/ nível _____, com CID 10 _____, em razão da provável causa: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2025

Ratifico as informações acima expostas,

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo do Médico declarante)