



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E DE GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO III

LAUDO MÉDICO (para candidato(a) inscrito(a) como Pessoa com Deficiência – PcD)		
Função Pública de Auxiliar de Serviços Escolares		
Nome:		
CPF:	Classificação nº:	Edital Normativo nº: 03/2021
Data de Nascimento:	Sexo:	
Tipo da Deficiência:		
Código CID:		
Limitações Funcionais:		
PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA: De acordo com a Função Pública pretendida, conforme as atribuições específicas contidas no Anexo II do Edital Normativo, declaro que a deficiência do(a) candidato(a) é: ☐ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL Médico Assinatura e Carimbo/CRM Local: _____Data: ____/____/____		