LAUDO MÉDICO DA CONDIÇÃO DE DEFICIÊNCIA

(Candidatos que se declararam com deficiência)

Atesto para fins de participação no Processo Seletivo Simplificado, que o(a) senhor(a) _____, portador(a) do documento de identidade nº _____, expedido pelo(a) _____, é considerado(a) pessoa com deficiência, conforme estabelece o art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.

Cidade, UF, ____ de _____ de 2025.

_____

Nome completo do médico, assinatura e carimbo médico com CRM