

LAUDO MÉDICO

Declaro que o (a) Sr.(a) _____
_____, portador(a) do R.G. n.º _____
e CPF nº _____, Inscrito no Concurso Público HCFMB do Edital nº
03/2022 para a função atividade de Médico I – CLÍNICA MÉDICA, 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: _____

_____, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do médico