



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
Estado do Paraná

PARTE INTEGRANTE DO EDITAL Nº 011/2022 AMS/SMRH

ANEXO V

LAUDO MÉDICO – RESERVA DE VAGAS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME DO CANDIDATO / PACIENTE:		
RG:	UF:	CPF:
Data de Nascimento: ____/____/____		Sexo:
Função TEMPORÁRIA pretendida :		
<input type="checkbox"/> Assistente de Gestão em Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral Plantonista	
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Médico Pediatra Plantonista	
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia	<input type="checkbox"/> Médico Veterinário	
<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Nutricionista	
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional	
PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA		
De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato/paciente é:		
<input type="checkbox"/> COMPATÍVEL para exercer a função de _____, conforme rol de atividades constantes no Anexo II, parte integrante do Edital de Teste Seletivo nº 011/2022 AMS/SMRH.		
<input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL para exercer a função de _____, conforme rol de atividades constantes no Anexo II, parte integrante do Edital de Teste Seletivo nº 011/2022 AMS/SMRH.		
A – Tipo de Deficiência:		
B – Código CID:		
C – Limitações Funcionais:		
Atenção Nos casos de deficiência auditiva e visual, atentar-se aos subitens 5.8.1 e 5.8.2, do Edital de Teste Seletivo nº 011/2022 AMS/SMRH.		
Local: _____ Data: ____/____/____		
Médico Especialista na Área da Deficiência Assinatura e Carimbo/CRM		
Local: _____ Data: ____/____/____		
_____ Assinatura do Candidato		