

<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU</b>	
<b>PROTOCOLO Nº</b>	
<b>DATA</b>	
<b>ASS:</b>	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO  
CONCURSOS PÚBLICOS E PROCESSO SELETIVO PÚBLICO Nº 001/2015  
EDITAL Nº 93/2016  
Reabertura das inscrições para o Concurso Público 05, cargo Licenciador  
Ambiental**

**ANEXO 02**

**REQUERIMENTO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATO QUE DESEJA CONCORRER À  
RESERVA ESPECIAL DE VAGAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

**1. ESTE ESPAÇO DEVE SER PREENCHIDO PELO CANDIDATO**

NOME DO CANDIDATO: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

CARGO PRETENDIDO: \_\_\_\_\_

Vem **REQUERER** reserva de vaga para concorrer como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**.

**2. ESTE ESPAÇO DEVE SER PREENCHIDO PELA JUNTA MÉDICA**

Para fins de solicitar e permitir a análise da Junta Médica, quanto à solicitação do candidato como pessoa com deficiência o candidato apresentou:

( ) **Atestado(s) médico(s) referente(s) a sua deficiência.**

( ) **Exame(s) Médico(s) referentes a sua deficiência.**

Com base na análise do(s) documento(s) entregue(s) pelo candidato, atesto, para os devidos fins que o Candidato ACIMA CITADO, apresenta a seguinte deficiência:

**Tipo de deficiência:** \_\_\_\_\_

**Código da Classificação Internacional de Doença – CID** \_\_\_\_\_

(OBS: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres).

**Condições do candidato para inscrição no concurso:**

**A) SIM ( ):** a deficiência do candidato é compatível com as atribuições do cargo/emprego e o candidato pode inscrever-se no concurso e com direito à reserva de vagas para pessoas com deficiência.

**B) NÃO ( ):** a deficiência do candidato não é compatível com as atribuições do cargo/emprego e o candidato não pode inscrever-se no concurso pretendido.

**C) NÃO ( ):** o candidato não é pessoa com deficiência e não pode inscrever-se com direito à reserva de vagas para pessoas com deficiência.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável pelo Laudo: \_\_\_\_\_

---

**ASSINATURA DOS MÉDICOS**  
**Carimbo com nome e CRM do Médico**