

**ANEXO IV**  
**REQUERIMENTO PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA**  
**ATESTADO MÉDICO PARA OS CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA**  
**(FORMULÁRIO PADRÃO)**  
**LAUDO MÉDICO**

Candidato (a):	Nº Inscrição
Cargo pretendido:	E-mail:

Espécie e o grau ou nível da deficiência:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10): \_\_\_\_\_

Provável causa da deficiência:

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
Nome do(a). Médico (a) (EM LETRA DE FORMA):

\_\_\_\_\_  
CRM:

*Declaro, para todos os devidos fins de direito, que a deficiência descrita acima é plenamente compatível com o exercício das funções ao cargo pretendido pelo (a) candidato (a).*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do (a) Médico (a)

**ATENÇÃO** - 1 - O atestado feito em formulário próprio do médico, clínica ou hospital, poderá ser aceito, desde que contenha as informações mencionadas neste formulário.

**ATENÇÃO** - 2 - Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres. Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância

em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no Diário Oficial da União de 3 de dezembro de 2004, especialmente no que concerne ao conteúdo do edital que trata o tema, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não-homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.