



**ANEXO VI
MODELO DE LAUDO MÉDICO**

Atesto para fins de comprovação de inscrição no concurso público para CÂMARA MUNICIPAL DE PARACAMBI - CMP, que o Sr.(a) _____, inscrito no Concurso com o número de inscrição _____, é portador(a) da deficiência _____, grau _____, nível _____, inscrita no CID com o número _____.

Declaro ainda, que a deficiência apresentada pelo paciente é compatível com as atribuições do cargo _____, descritas no Edital referente ao supracitado concurso.

Nome do município

_____/_____/2022.
dia mês ano

(Nome, CRM e Carimbo)

Assinatura do médico responsável