



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI

RUA PLACÍDIO LEITE Nº 148 CENTRO CÍVICO FONE/FAX (0xx43) 3512-3000  
CNPJ Nº 75.658.377/0001-31 ARAPOTI - PARANÁ

## ANEXO II

### PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N.º 01/2023

### LAUDO MÉICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome completo: _____	
RG: _____ UF: _____ CPF: _____	
Data de nascimento: _____/_____/_____	
Tipo de deficiência: _____	
Código do CID: _____	
Limitações funcionais: _____	
Função pretendida pelo candidato:  ( ) Cobrador de Transporte Coletivo	
PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA:  De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é: ( ) COMPATÍVEL para exercer a função de _____ ( ) INCOMPATÍVEL para exercer a função de _____	
_____ Médico Examinador	_____ Assinatura do candidato
Local: _____	Data: _____ de _____ de 2023.