



AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SHN – Quadra 1, Bloco E, Conj A, 2º andar, Edifício CNP - Bairro setor Hoteleiro Norte, Brasília/DF, CEP 70701-050
www.agenciasus.org.br

ANEXO VIII

MODELO DE LAUDO PARA CONCORRER COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA (candidatos que se declararam Pessoa com Deficiência)

Atesto, para fins de **participação** em Processo Seletivo Simplificado, que o(a) Senhor(a) _____, portador(a) do documento de identificação nº _____, é considerado(a) pessoa com deficiência à luz da legislação brasileira por apresentar o(s) seguinte(s) impedimento(s) físico(s), auditivo(s), visual(is), intelectual(is) ou psicossocial(is)/menta(is)

_____,
CID-_____, que resulta(m) no comprometimento das seguintes funções/funcionalidades _____

_____.

Informo, ainda, a provável causa do comprometimento _____

_____.

_____ - _____, _____ de _____ de _____
(cidade) (estado) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do Médico com CRM ativo

Obs: É obrigatório anexar o Laudo Médico com assinatura do médico e CRM vigente e o documento de identificação.