



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACEMA



ANEXO III - LAUDO MÉDICO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

---

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. Nome Completo: \_\_\_\_\_
  2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  3. CPF: \_\_\_\_\_
  4. RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_
  5. Endereço: \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_
  6. Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_
  7. Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- 

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

1. Nome do Médico: \_\_\_\_\_
  2. CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_
  3. Especialidade: \_\_\_\_\_
  4. Endereço: \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_
  5. Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- 

DIAGNÓSTICO E INFORMAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA

1. Tipo de Deficiência:  
( ) Física  
( ) Visual  
( ) Auditiva



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACEMA**



Intelectual

Múltipla

Outra: \_\_\_\_\_

2. CID (Classificação Internacional de Doenças): \_\_\_\_\_

3. Descrição da Deficiência:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Grau de Deficiência:

Leve

Moderado

Grave

5. Limitações Funcionais:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Tratamento em Andamento (se houver):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**DECLARAÇÃO MÉDICA**

Eu, \_\_\_\_\_, médico(a) com CRM nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
atesto que o(a) paciente \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF  
nº \_\_\_\_\_, apresenta a deficiência descrita acima, com as limitações  
funcionais mencionadas, sendo compatível com as exigências do cargo ao qual o(a)  
candidato(a) está concorrendo no Processo Seletivo Simplificado da Prefeitura Municipal de  
Miracema-RJ.



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACEMA**



Este laudo tem validade de **90 (noventa) dias** a partir da data de emissão.

Data de Emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Carimbo e CRM: