

## ANEXO IV – DO MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

### DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

#### Dados do médico:

Nome completo: \_\_\_\_\_.

CRM/UF: \_\_\_\_\_.

Especialidade: \_\_\_\_\_.

Declaro que o(a) Sr.(ª) \_\_\_\_\_,  
titular da Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) como **Pessoa com Deficiência** na Seleção Pública Simplificada promovida pelo Município de Olinda  
e regida pelo Edital nº 001, 27 de fevereiro de 2026, concorrendo à vaga para a função de  
\_\_\_\_\_, fundamentado no exame  
clínico e nos termos da legislação em vigor, é considerado pessoa com deficiência por apresentar a deficiência  
\_\_\_\_\_, da espécie  
\_\_\_\_\_ (física/auditiva/visual), grau \_\_\_\_\_ / nível  
\_\_\_\_\_, com CID 10 \_\_\_\_\_, em razão da provável causa:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ratifico as informações acima expostas,**

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo do Médico declarante)