

**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**Secretaria Municipal de Administração

ANEXO IV
LAUDO MÉDICO
PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

O candidato deverá entregar o original deste laudo, acompanhado dos demais documentos, no ato da convocação, na Secretaria Municipal de Administração, conforme endereço especificado no subitem 15.5.1.

O (a) candidato (a) _____

Documento de identificação nº (RG): _____ CPF nº _____

foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de **DEFICIÊNCIA** em conformidade com o art. 37, inciso VIII, da CF/88, na Lei Federal 7.853/89, regulamentada pelo Decreto Federal 3.298/99 (art. 37) e na Lei Estadual n.º 14.715/2004.

Observação:

_____ Local: _____ Data: ____ / ____ / ____.

Assinatura, carimbo e CRM do Médico

Assinatura do Candidato

