**Modelo de Procuração**

Eu,....................................................................................................., Nacionalidade .............................. , Profissão .................................................................................... Estado Civil ......................................, RG.............................., UF........, CPF......................................, Residente no endereço ....................................................................................................., nomeio e constituo meu/minha PROCURADOR(A) o(a) Sr/Sra. .............................................................., Nacionalidade ...............................................Profissão ........................................... Estado Civil ........................................... RG ........................................ UF........, CPF........................................, residente no endereço ....................................................................................................................................

Com a finalidade de APRESENTAR DOCUMENTAÇÃO DO OUTORGANTE POR OCASIÃO DA INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO promovido pelo Município de Nova Esperança do Sudoeste, podendo o outorgado promover minha inscrição no certame e assinar todos os atos necessários para o cumprimento do presente mandato, exceto a efetiva contratação junto ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Nova Esperança do Sudoeste - PR.

Local: ................................................., em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do Outorgante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Outorgado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Laudo Médico (Modelo) para Inscritos como Pessoa com Deficiência**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF\_\_\_\_\_\_\_\_CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Deficiência (espécie e grau ou nível de deficiência):

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

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

Código CID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Limitações Funcionais\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Funções Pretendidas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 (Carimbo/CRM) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*O Laudo Médico deve ser legível, sob pena de não ser considerado

**Termo de Desistência do Processo Seletivo Simplificado (Pss)**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), DESISTO, EM CARÁTER IRREVOGÁVEL, DA MINHA CLASSIFICAÇÃO DO PROCESSO DE SELETIVO SIMPLIFICADO 001/2020 – PSS Nova Esperança do Sudoeste.

Nova Esperança do Sudoeste, Paraná, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_