

ANEXO 04 – MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATAS/OS COM DEFICIÊNCIA

MODELO SUGERIDO DE ATESTADO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO À VAGA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME		DATA DE NASCIMENTO	
GÊNERO	NOME SOCIAL		
RG	UF/RG	CPF	TELEFONE
ENDEREÇO	N ^o	COMPLEMENTO	CEP
BAIRRO	CIDADE	UF	E-MAIL

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DO ATENDIMENTO	TELEFONE

INFORMAÇÕES MÉDICAS

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS / CID
	- 10
Deficiência FÍSICA Deficiência AUDITIVA Deficiência VISUAL Deficiência INTELECTUAL Deficiência MÚLTIPLA Deficiência SURDO-CEGUEIRA Transtorno do Espectro Autista	(listar todos os códigos necessários)
Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga	

Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente e do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial.

O presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas aqui prestadas.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 202__.

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico

Assinatura do candidato ou Representante legal