

**LAUDO MÉDICO DESTINADO AOS CANDIDATOS INGRESSANTES NAS
VAGAS RESERVADAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCD)**

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome:

CPF:

Sexo:

Processo:

Nascimento:

e-mail:

LAUDO MÉDICO (Restrito ao Médico(a))

Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência da Universidade Federal de Uberlândia, de acordo com a Lei Federal 12711/2012, alterada pela Lei Federal 13409/2016, que o requerente possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência:

Deficiência Física

Surdez ou Deficiência Auditiva

Cegueira ou Baixa Visão

Deficiência Intelectual

Transtorno Espectro Autista

Deficiências Múltiplas

Grau de Deficiência:

Grave

Leve

Moderada

Código Internacional de Doenças - CID-10: (Preencher com tantos códigos quanto sejam necessários)

_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____.

Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:

Provável causa da deficiência (quando for o caso):

Áreas e/ou funções afetadas (quando for o caso):

Limitações:

OBS.: Este Laudo Médico não poderá conter rasuras e deverá ser assinado e carimbado por um médico especialista, conforme edital.

Apresentar os seguintes exames para comprovação da deficiência:

- Deficiência Física: exames que comprovem a deficiência;

- Surdez ou Deficiência Auditiva: exame de audiometria;

- Cegueira ou Baixa Visão: exame oftalmológico;

- Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista: relatório de avaliação psicopedagógica (modelo em anexo);

- Deficiências Múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme as áreas afetadas.

Médico(a): _____ Especialidade: _____

Local e Data

Assinatura com carimbo e Registro CRM

