

ANEXO IV

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:** _____ **TEL.:** _____

ENDEREÇO: _____ **Nº:** _____ **COMPLEMENTO:** _____ **CEP:** _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____ **UF:** _____ **E-MAIL:** _____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME DO MÉDICO: _____ **REGISTRO PROFISSIONAL (CRM):** _____

LOCAL DE ATENDIMENTO: _____ **TEL.:** _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

TIPO DE DEFICIÊNCIA: _____ **CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID):** _____

Deficiência FÍSICA: _____

Deficiência AUDITIVA: _____

Deficiência VISUAL: _____

Deficiência INTELECTUAL: _____

Deficiência MÚLTIPLA: _____

Deficiência SURDO-CEGUEIRA: _____

Transtorno do Espectro Autista: _____

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 .

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico

Assinatura do candidato ou
Representante legal