

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	
CPF	
TELEFONE	
ENDEREÇO COMPLETO COM CEP	
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 CID10 (listar todos os códigos necessários)
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 do candidato ou Representante legal

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico