
	<p style="text-align: center;">UFF – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE PROGRAD – PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO COSEAC – COORDENAÇÃO DE SELEÇÃO ACADÊMICA PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO - 2019</p>		<p style="text-align: center;">L9 L10 L13 L14</p>
--	--	--	---

**ANEXO XVI
 MODELO SUGERIDO DE LAUDO MÉDICO**

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO À VAGA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA			
NOME DO CANDIDATO			
NOME SOCIAL			
DATA DE NASCIMENTO		GÊNERO	
RG		CPF	
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 (LISTAR TODOS OS CÓDIGOS NECESSÁRIOS)		
DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA VISUAL <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>			
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DESCRIÇÃO DETALHADA DO TIPO E GRAU OU NÍVEL DA DEFICIÊNCIA, BEM COMO A CAUSA QUE JUSTIFIQUE A RESERVA DA VAGA DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE.			

Observações:

Todos os campos deverão ser preenchidos de forma legível.

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.

DATA:	Assinatura do Médico Carimbo com nome e CRM do Médico	Endereço completo do local de trabalho
		Telefone do local de trabalho