



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
EDITAL SUPLEMENTAR 1/2020
NOTA OFICIAL Nº 4

uff THE
2020

L9
L10
L13
L14

ANEXO XVIII
MODELO 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 |