

|                                                                                  |                                                                      |                                                                                    |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|  | <p>PROCESSO SELETIVO UFF - SiSU 2020<br/>COMUNICADO OFICIAL Nº 1</p> |  | <p><b>L9</b><br/><b>L10</b><br/><b>L13</b><br/><b>L14</b></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

**ANEXO XIX**  
**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<br>(LISTAR TODOS OS CÓDIGOS NECESSÁRIOS) |                             |  |
| DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/><br><br>DEFICIÊNCIA AUDITIVA <input type="checkbox"/><br><br>DEFICIÊNCIA VISUAL <input type="checkbox"/><br><br>DEFICIÊNCIA INTELECTUAL <input type="checkbox"/><br><br>DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA <input type="checkbox"/><br><br>OUTROS <input type="checkbox"/> |                                                                                   |                             |  |
| <b>PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO</b><br>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.

|              |                                                          |                                        |
|--------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>DATA:</b> | Assinatura do Médico<br>Carimbo com nome e CRM do Médico | Endereço completo do local de trabalho |
|              |                                                          | Telefone do local de trabalho          |