

	PROCESSO SELETIVO UFF - SiSU 2020 - 1ª Edição NOTA OFICIAL Nº 11	
---	--	---

ANEXO XV

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		
DEFICIÊNCIA AUDITIVA ☐	(LISTAR TODOS OS CÓDIGOS NECESSÁRIOS)		
DEFICIÊNCIA FÍSICA ☐			
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL ☐			
DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA ☐			
DEFICIÊNCIA VISUAL ☐			
OUTROS ☐			
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	