



PROCESSO SELETIVO UFF - SiSU 2020 - 2ª Edição

COMUNICADO OFICIAL Nº 1



## 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 <input type="checkbox"/>	(LISTAR TODOS OS CÓDIGOS NECESSÁRIOS)
DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA VISUAL <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