

ANEXO VII - Formulário de laudo médico de vaga reservada para pessoas com deficiência

**FORMULÁRIO PARA LAUDO MÉDICO
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Nome Completo: _____
CPF: _____
Cédula de Identidade: _____
E-mail: _____
Data de Nascimento: ____/____/____

LAUDO MÉDICO (Preenchimento restrito ao Médico)

Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência no Processo Seletivo do ____/____ da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, prevista na Lei Estadual 2.298/1994, que o candidato possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência:

- () Deficiência Auditiva CID:
() Deficiência Física CID:
() Deficiência Intelectual CID:
() Deficiências Múltiplas CID:
() Deficiência Visual CID:
() Outras. Especificar CID:

Grau da deficiência:

- Leve()
Moderada()
Grave()

Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:

Provável Causa da Deficiência (quando for o caso):

Área e/ou Funções Afetadas (quando for o caso):

Limitações Funcionais:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DESTE LAUDO

Nome completo:

Especialidade:

Assinatura do médico:

Cidade e Data:

Carimbo e Registro no CRM:

ATENÇÃO CANDIDATO!

Apresentar, juntamente com este laudo, os seguintes exames, todos realizados há menos de 3 (três) meses, com relatório médico, para comprovação da deficiência:

- Deficiência Auditiva: exame de audiometria;
- Deficiência Visual: exame oftalmológico;
- Deficiência Física: exames de imagem ou outros que comprovem a deficiência;
- Deficiências múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme as áreas afetadas;
- Deficiência Intelectual: exames ou outros que comprovem a deficiência.