

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 para _____ 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:		Grau de Deficiência:
<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Múltiplas <input type="checkbox"/> Deficiência Visual <input type="checkbox"/> Outras. Especificar:	Código Internacional de Doenças – CID – 10: (Preencher com tantos códigos quanto sejam necessários):	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> 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.		