

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. | | |