

ANEXO VII

(FORMULÁRIO DE LAUDO MÉDICO DE VAGA RESERVADA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA 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 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:

<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva CID:	<input type="checkbox"/> Deficiência Física CID:
<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual CID:	<input type="checkbox"/> Deficiência Visual CID:
<input type="checkbox"/> Deficiências Múltiplas CID:	
<input type="checkbox"/> Outras. Especificar:	CID:

Grau da deficiência:

Provável Causa da Deficiência (quando for o caso):
Área e/ou Funções Afeitadas (quando for o caso):
Limitações Funcionais:

Leve() Moderada() Grave() Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DESTES LAUDOS

Nome Completo:
Especialidade:
Cidade e data: _____, ____ / ____ / _____
Assinatura do médico:
Carimbo e Registro no CRM:

ATENÇÃO CANDIDATO/A!

Apresentar, juntamente com este laudo, os seguintes exames, todos realizados há menos de 3 (três) meses, com relatório médico, para comprovação da deficiência: i) Deficiência Auditiva: exame de audiometria; ii) Deficiência Visual: exame oftalmológico; iii) Deficiência Física: exames de imagem ou outros que comprovem a deficiência; iv) Deficiências múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme as áreas afeitadas; v) Deficiência Intelectual: exames ou outros que comprovem a deficiência.