

ANEXO VIII

(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:

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