ANEXO VI

(Formulário de laudo médico de vaga reservada para pessoas com deficiência)

CANDIDATO DEVE PREENCHER, ASSINAR E ENVIAR NA INSCRIÇÃO

FORMULÁRIO PARA LAUDO MÉDICO IDENTIFICAÇÃO DO REQURENTE Nome Completo:					
			CPF:		Cédula de Identidade
			E-mail:		Data de Nascimento:
LAUDO MÉI	DICO (Preenchimento restr	ito ao médico)			
Atesto, para a finalidade	de concorrência em vaga	reservada para pessoas com			
deficiência no Processo Se	letivo do Revisa Rio da Univ	versidade do Estado do Rio de			
Janeiro, prevista na Lei Es	stadual 2.298/1994, que o	candidato possui a deficiência			
abaixo assinalada:					
Tipo de Deficiência:		Grau de Deficiência:			
() Deficiência Auditiva	Código Internacional de	() Leve			
() Deficiência Física	Doenças - CID - 10:	() Moderado			
() Deficiência Intelectual	(Preencher com tantos	() Grave			
() Deficiência Múltiplas	códigos quanto sejam				
() Deficiência Visual	necessários):				
() Outras. Especificar:					
Descrição Clínica Detalhad	a da Deficiência:				
Described Oscar de Deficion	-:- /				
Provável Causa da Deficiêr	icia (quando for o caso):				
Área e/ou Funções Afetadas (quando for o caso):					
,	,				
Limitações Funcionais:					
IDENTIFICAÇO DO MÉD	ICO RESPONSÁVEL PELA	EMISSÃO DESTE LAUDO			
Nome Completo:		Especialidade:			
		Cidade e Data:			
		Carimbo e Registro no CRM			
Assinatura do médico					

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.