

ANEXO 4 - MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATAS(OS) COM DEFICIÊNCIA

Identificação da(o) candidata(o) à vaga para pessoa com deficiência

Nome _____
Data de nascimento _____ Gênero _____
Nome Social _____
RG _____ UF/RG _____ CPF _____
Telefone _____
Endereço _____ Nº/complemento _____
CEP _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
E-mail _____

Identificação da(o) médica(o) responsável

Nome _____
Registro Profissional (CRM) _____
Local do Atendimento _____ Telefone _____

Informações médicas

Tipo de deficiência/Código internacional de doenças - CID-10 (listar todos os códigos necessários)

Deficiência FÍSICA () sim, código _____
Deficiência AUDITIVA () sim, código _____
Deficiência VISUAL () sim, código _____
Deficiência INTELECTUAL () sim, código _____
Deficiência MÚLTIPLA () sim, código _____
Deficiência SURDO-CEGUEIRA () sim, código _____
Transtorno do Espectro Autista () sim, código _____

Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga:

Obs.: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (da/o requerente e da/o médica/o responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial.

O presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas. A(o) médica(o) assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas aqui prestadas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico
Representante legal

Assinatura da(o) candidata(o) ou