

## ANEXO 04 – MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATAS/OS COM DEFICIÊNCIA

### MODELO SUGERIDO DE ATESTADO MÉDICO

#### IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO À VAGA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME		DATA DE NASCIMENTO	
GÊNERO	NOME SOCIAL		
RG	UF/RG	CPF	TELEFONE
ENDEREÇO		N <sup>o</sup>	COMPLEMENTO
CEP			
BAIRRO	CIDADE	UF	E-MAIL

#### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DO ATENDIMENTO	TELEFONE

#### INFORMAÇÕES MÉDICAS

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS / CID
	- 10
Deficiência FÍSICA Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência MÚLTIPLA  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno do Espectro Autista	(listar todos os códigos necessários)
<b>Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga</b>	

**Observações:** Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente e do médico 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; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas aqui prestadas.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico

Assinatura do candidato ou Representante legal