



ANEXO II

LAUDO MÉDICO

(nos termos do Art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999)

1 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: _____

Sexo: Masculino Feminino Nascimento: ____/____/____

CPF: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____

2 - LAUDO MÉDICO (Restrito ao Médico)

Atesto, para a finalidade de acesso em vaga reservada para pessoas com deficiência nos Processos Seletivos na UFMS, previstas na Lei Federal 12711/2012, alterada pela Lei Federal 13409/2016, que o requerente possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência:	Grau:
<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Intelectual	
<input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla	
<input type="checkbox"/> Transtorno Espectro Autista	

Código Internacional de Doenças – CID-10: (Preencher com códigos necessários):

--

Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:

--



--

Provável Causa da Deficiência (quando for o caso):

--

Áreas e/ou Funções Afetadas e Limitações (quando for o caso):

--

Apresentar, com este laudo, os seguintes exames para comprovação da deficiência:

- Deficiência Auditiva: exame de audiometria;
- Deficiência Visual: exame oftalmológico;
- Deficiência Física: exames de imagem ou outros que comprovem a deficiência;
- Deficiência Intelectual: relatório psicopedagógico ou psicológico;
- Deficiências Múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme o comprometimento.

Local _____ Data ____/____/____

Médico: _____

Especialidade: _____

Assinatura	Carimbo e Registro CRM