



**ANEXO II LAUDO
MÉDICO**

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

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: _____
Curso: _____
Câmpus: _____
Sexo: () Masculino; () Feminino; Nascimento ____/____/_____
CPF _____
Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____

LAUDO MÉDICO (Restrito ao Médico)

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

Tipo de Deficiência:	Grau:
() Auditiva	() Leve
() Visual	() Moderada
() Física	() Grave
() Intelectual	
() Deficiência Múltipla	
() Transtorno Espectro Autista	

Código Internacional de Doenças – CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam 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, juntamente 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;
- Deficiências Múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme o comprometimento.

_____ / ____ / ____ / _____.

Nome do médico: _____

Especialidade: _____

Assinatura

Carimbo e Registro CRM

