**Anexo 3 - Modelo de Laudo Médico para Pessoas com Deficiência**

**Identificação do candidato à vaga para pessoa com deficiência**

Nome:

Nome Social:

Data de Nascimento:

Gênero:

RG:

UF/RG:

CPF:

Telefone:

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

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)  (listar todos os códigos necessários) |
| Deficiência FÍSICA |  |
| Deficiência AUDITIVA |  |
| Deficiência VISUAL |  |
| Deficiência INTELECTUAL |  |
| Deficiência MÚLTIPLA |  |
| Deficiência SURDO-CEGUEIRA |  |
| Transtorno do Espectro Autista |  |

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

|  |
| --- |
|  |

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo com CRM do médico | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do candidato(a/e) ou representante legal  (conforme documento de identidade) |