

ANEXO III

LAUDO MÉDICO (modelo)

FORMULÁRIO PARA LAUDO MÉDICO	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome completo:	Nº. INSCRIÇÃO:
CPF:	Cédula de Identidade:
E-mail:	Data de Nascimento:

LAUDO MÉDICO (Preenchimento restrito ao Médico)

Atesto, para a finalidade de atendimento especial, que o(a) candidato(a) acima mencionado, portador(a) do documento de identidade e CPF também citados anteriormente neste documento, inscrito neste Processo Seletivo (Vestibular) da Universidade de Rio Verde - UniRV, foi submetido(a) nesta data a exame clínico, sendo identificada a existência da deficiência abaixo assinalada, em conformidade com o Decreto Federal nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores.

Tipo de Deficiência:	Código Internacional de Doenças – CID- 11 - (OBS: Preencher com tantos códigos quanto sejam necessários):	Grau de Deficiência:
☐ Deficiência Auditiva		☐ Leve
☐ Deficiência Física		☐ Moderado
☐ Deficiência Intelectual		☐ Grave
☐ Deficiência Múltiplas		
☐ Deficiências Visual		
☐ Outras. Especificar: _____		

Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:

Provável Causa da Deficiência (quando for o caso): Área e/ou Funções Afetadas (quando for o caso): Limitações Funcionais:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DESTE LAUDO	
Nome completo:	Especialidade:
Cidade e Data:	Carimbo e Registro no CRM:
Assinatura do médico	

ATENÇÃO CANDIDATO!

Apresentar, juntamente com este laudo, os seguintes exames, com relatório médico, 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 as áreas afetadas;
- Deficiência Intelectual: exames ou outros que comprovem a deficiência.