MODELO DE LAUDO MÉDICO A SER APRESENTADO PELO CANDIDATO INSCRITO COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS(AS) COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA
Nome:
RG: UF: CPF:
Data de Nascimento: _____/_____/_____ Sexo:
A – Espécie e grau ou nível da deficiência:
B – Código correspondente, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID):
C – Limitações Funcionais:
D – Função pretendida: Professor
_____ Médico(a) Examinador(a) Assinatura do(a) candidato(a) (Asssinatura e carimbo com o número do Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico especialista) Local:_____ Data: ___/____/20