

MODELO DE LAUDO MÉDICO A SER APRESENTADO PELO CANDIDATO (A)

INSCRITO(A) 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) |
| (Assinatura e carimbo com o número do Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico especialista) | |
| Local: _____ | Data: ____ / ____ /20____ |