

## ANEXO 04 – MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATAS/OS COM DEFICIÊNCIA

### MODELO SUGERIDO DE ATESTADO MÉDICO

#### IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO À VAGA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

|          |                |                    |          |
|----------|----------------|--------------------|----------|
| NOME     |                | DATA DE NASCIMENTO |          |
| GÊNERO   | NOME SOCIAL    |                    |          |
| RG       | UF/RG          | CPF                | TELEFONE |
| ENDEREÇO | N <sup>o</sup> | COMPLEMENTO        | CEP      |
| BAIRRO   | CIDADE         | UF                 | 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 |
|---|---------------------------------------|
|   | -<br>10                               |
| Deficiência FÍSICA<br>Deficiência AUDITIVA<br><br>Deficiência VISUAL<br><br>Deficiência INTELECTUAL<br><br>Deficiência MÚLTIPLA<br><br>Deficiência SURDO-CEGUEIRA<br><br>Transtorno do Espectro Autista | (listar todos os códigos necessários) |
| <b>Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga</b>   |                                       |

**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.**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico

Assinatura do candidato ou Representante legal