

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       | ( ) Deficiência Intelectual                                                                               | ( ) Leve             |
| ( ) Deficiência Física         | ( ) Deficiência Múltiplas                                                                                 | ( ) Moderado         |
| ( ) Deficiências Visual        |                                                                                                           | ( ) Grave            |
| ( ) 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.