**ANEXO VI**

**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 n° 3.298 de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores. | | | | |
| **Tipo de Deficiência:** | | | | **Grau de Deficiência:** |
| ( ) Deficiência Auditiva  ( ) Deficiência Física  ( ) Deficiência Intelectual  ( ) Deficiência Múltiplas  ( ) Deficiências Visual  ( ) Outras. Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Código Internacional de Doenças – CID - 11** - (OBS: Preencher com tantos códigos quanto sejam necessários): | | ( ) Leve  ( ) Moderado  ( ) Grave |
| **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:**  Assinatura do médico | | **Carimbo e Registro no CRM:** | | |
| **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. | | | | |