



LAUDO MÉDICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:

Curso:

Turno:

CPF:

SEXO:

☐

Masculino

☐

Feminino

Nascimento ____/____/____

Identidade

Órgão emissor:

Estado:

Filiação:

2. LAUDO MÉDICO (Restrito ao Médico)

Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência no Processo Seletivo

() SiSU () Vestibular 20____ Semestre ____ da Universidade Federal do Norte do Tocantins, previstas na Lei Federal 12.711/2012, alterada pela Lei Federal 13.409/2016, que o requerente possui deficiência abaixo especificada:

Tipo de Deficiência:

- () Deficiência Auditiva
- () Deficiência Física
- () Deficiência Intelectual
- () Deficiências Múltiplas
- () Deficiência Visual
- () Transtorno Espectro Autista

Grau de Deficiência:

- () Grave
- () Leve
- () Moderada

Código Internacional de Doenças – CID-10:

(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)



Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:

Provável Causa da Deficiência (quando for o caso):

Áreas e/ou Funções Afetadas (quando for o caso):

Limitações:

Apresentar, juntamente com este laudo, os seguintes exames 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 áreas afetadas.

CIDADE: _____/_____/20____

Nome do Médico: _____

Especialidade: _____

Assinatura do Médico

Carimbo e Registro do CRM