

---

**ANEXO IV**

**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:** \_\_\_\_\_

**TEL.:**

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ **Nº:** \_\_\_\_\_

**COMPLEMENTO:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **E-** \_\_\_\_\_

**MAIL:**

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL**

**NOME DO MÉDICO:** \_\_\_\_\_ **REGISTRO** \_\_\_\_\_

**PROFISSIONAL (CRM):**

**LOCAL DE ATENDIMENTO:** \_\_\_\_\_

**TEL.:**

**INFORMAÇÕES MÉDICAS**

**TIPO DE DEFICIÊNCIA:** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO INTERNACIONAL** \_\_\_\_\_

**DE DOENÇAS (CID):** \_\_\_\_\_

---

**Deficiência FÍSICA:** \_\_\_\_\_

**Deficiência AUDITIVA:** \_\_\_\_\_

**Deficiência VISUAL:** \_\_\_\_\_

**Deficiência INTELECTUAL:** \_\_\_\_\_

**Deficiência MÚTIPLA:** \_\_\_\_\_

**Deficiência SURDO-CEGUEIRA:** \_\_\_\_\_

**Transtorno do Espectro Autista:** \_\_\_\_\_

**Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de**

**vaga:** \_\_\_\_\_

---

**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 \_\_\_\_\_.

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico

Assinatura do candidato ou Representante legal