**ANEXO II**

# **LAUDO MÉDICO**

**(nos termos do Art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999)**

**1** **- IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Masculino Feminino; Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Emissor:\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_

**2** **- LAUDO MÉDICO** (Restrito ao Médico)

Atesto, para a finalidade de acesso em vaga reservada para pessoas com deficiência nos Processos Seletivos na UFMS, previstas na Lei Federal 12711/2012, alterada pela Lei Federal 13409/2016, que o requerente possui a deficiência abaixo assinalada:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de Deficiência:** | **Grau:** |
| Auditiva | Leve |
| Visual | Moderada |
| Física | Grave |
| Intelectual |  |
| Deficiência Múltipla |  |
| Transtorno Espectro Autista |  |

|  |
| --- |
| **Código Internacional de Doenças – CID-10:** (Preencher com códigos necessários): |
| Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

|  |
| --- |
| **Descrição Clínica Detalhada da Deficiência**: |
| Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

**ANEXO II (continuação)**

|  |
| --- |
| **Provável Causa da Deficiência** (quando for o caso): |
| Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

|  |
| --- |
| **Áreas e/ou Funções Afetadas e Limitações** (quando for o caso): |
| Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

|  |
| --- |
| **Apresentar, 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;  - Deficiência Intelectual: relatório psicopedagógico ou psicológico;  - Deficiências Múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme o comprometimento. |

Local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.

Médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Assinatura** | **Carimbo e Registro CRM** |