**Anexo VI do Edital 118, de 03 de dezembro de 2021.**

**LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATO AUTODECLARADO PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

**(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):** |
|  |

|  |
| --- |
| **Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Provável Causa da Deficiência (quando for o caso):** |
|  |

|  |
| --- |
| **Áreas e/ou Funções Afetadas e Limitações (quando for o caso):**  **Áreas e/ou Funções Afetadas e Limitações (quando for o caso):** |
|  |
| **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 |