



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

## LAUDO MÉDICO

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome \_\_\_\_\_

Curso \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_

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

Identidade \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Filiação \_\_\_\_\_

### 2. LAUDO MÉDICO (Restrito ao Médico)

Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência no **Processo Seletivo SiSU 2018** da Universidade Federal de Minas Gerais, previstas na [Lei Federal 12711/2012](#), alterada pela [Lei Federal 13409/2016](#), que o requerente possui a deficiência abaixo assinalada:

#### Tipo de Deficiência:

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Deficiência Auditiva        |
| <input type="checkbox"/> | Deficiência Física          |
| <input type="checkbox"/> | Deficiência Intelectual     |
| <input type="checkbox"/> | Deficiências Múltiplas      |
| <input type="checkbox"/> | Deficiência Visual          |
| <input type="checkbox"/> | Transtorno Espectro Autista |

#### Grau de Deficiência:

- |                          |          |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Grave    |
| <input type="checkbox"/> | Leve     |
| <input type="checkbox"/> | Moderada |

#### Código Internacional de Doenças – CID-10:

(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

**Todas as páginas deste Laudo Médico deverão ser rubricadas e carimbadas pelo médico responsável. Este Laudo Médico não poderá conter rasuras.**

**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 as áreas afetadas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

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

_____ Assinatura	Carimbo e Registro CRM
---------------------	------------------------

**Todas as páginas deste Laudo Médico deverão ser rubricadas e carimbadas pelo médico responsável. Este Laudo Médico não poderá conter rasuras.**