



PROCESSO SELETIVO UFF - SiSU 2019 - 1ª Edição  
COMUNICADO OFICIAL Nº 1



L9  
L10  
L13  
L14

**ANEXO XVI**  
**MODELO SUGERIDO DE LAUDO MÉDICO**

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO À VAGA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

NOME DO CANDIDATO			
NOME SOCIAL			
DATA DE NASCIMENTO		GÊNERO	
RG		CPF	

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL**

NOME DO MÉDICO		REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)	
LOCAL DO ATENDIMENTO		TELEFONE	

**INFORMAÇÕES MÉDICAS**

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS/CID - 10 (LISTAR TODOS OS CÓDIGOS NECESSÁRIOS)
DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA AUDITIVA <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA VISUAL <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA <input type="checkbox"/>	
OUTROS <input type="checkbox"/>	

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

DESCRIÇÃO DETALHADA DO TIPO E GRAU OU NÍVEL DA DEFICIÊNCIA, BEM COMO A CAUSA QUE JUSTIFIQUE A RESERVA DA VAGA DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

**Observações:**

Todos os campos deverão ser preenchidos de forma legível.

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.

DATA:	Assinatura do Médico Carimbo com nome e CRM do Médico	Endereço completo do local de trabalho
		Telefone do local de trabalho