



ANEXO XVII

MODELO 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
DEFICIÊNCIA AUDITIVA <input type="checkbox"/>	(LISTAR TODOS OS CÓDIGOS NECESSÁRIOS)
DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA VISUAL <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