



## LAUDO MÉDICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE		
Nome:		
Curso:	Turno:	
CPF:	SEXO: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	Nascimento ____/____/____
Identidade	Órgão emissor:	Estado:
Filiação:		

2. LAUDO MÉRIDO (Restrito ao Médico)	
Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência no <b>Processo Seletivo Sisu 2018</b> da Universidade Federal do Tocantins, previstas na Lei Federal 12.711/2012, alterada pela Lei Federal 13.409/2016, que <b>o requerente possui deficiência</b> abaixo especificada:	
<b>Tipo de Deficiência:</b>	<b>Grau de Deficiência:</b>
<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Deficiências Múltiplas	
<input type="checkbox"/> Deficiência Visual	
<input type="checkbox"/> Transtorno Espectro Autista	
<b>Código Internacional de Doenças – CID-10:</b> (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 áreas afetadas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2018

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Médico	Carimbo e Registro do CRM
----------------------	---------------------------