



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
CONSELHO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

ANEXO III

MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATOS ÀS

MODALIDADES DE ACESSO LB\_PcD, LI\_PcD e V1 CONFORME QUADRO DE VAGAS

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO À VAGA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME		DATA DO NASCIMENTO __/__/__			
GÊNERO	NOME SOCIAL				
RG	UF/RG	CPF	TELEFONE (__) _____		
ENDEREÇO	Nº	COMPLEMENTO		CEP ____-__	
BAIRRO	CIDADE	UF	E-MAIL		

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME DO MÉDICO	CRM
LOCAL DO ATENDIMENTO	TELEFONE (__) _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10
DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/>	(listar todos os códigos necessários)
DEFICIÊNCIA AUDITIVA <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA VISUAL <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL <input type="checkbox"/>	
DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA <input type="checkbox"/>	
Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga	

**Observações:** Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou digitados. A UFRRJ se reserva o direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente e do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial.

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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico

Assinatura do candidato ou Representante legal