



## 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 MÉDICO (Restrito ao Médico)	
Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência no Processo Seletivo ( ) SiSU ( ) Vestibular 20____ Semestre ____ da Universidade Federal do Norte do Tocantins, previstas na Lei Federal 12.711/2012, alterada pela Lei Federal 13.409/2016, que o requerente possui deficiência abaixo especificada:	
<b>Tipo de Deficiência:</b>	<b>Grau de Deficiência:</b>
( ) Deficiência Auditiva	( ) Grave
( ) Deficiência Física	( ) Leve
( ) Deficiência Intelectual	( ) Moderada
( ) Deficiências Múltiplas	
( ) Deficiência Visual	
( ) 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.

CIDADE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

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

<hr/> <p>Assinatura do Médico</p>	<p><b>Carimbo e Registro do CRM</b></p>
-----------------------------------	---