**ANEXO 2 – MODELO SUGERIDO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATO(A)S COM DEFICIÊNCIA**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A) À VAGA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA** |
| **Nome completo:** |
| **Nome social:** |
| **Data de nascimento:** | **Gênero:** |  |
| **RG:** | **UF/RG:** | **CPF:** | **Telefone:** |
| **Endereço** (com número e complemento)**:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** | **UF:** |
| **CEP:** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO(A) MÉDICO(A) RESPONSÁVEL** |
| **Nome do(a) médico(a):** |
| **Registro profissional (CRN):** | **Telefone:** |
| **Local de atendimento:** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES MÉDICAS** |
| **Tipo de deficiência** | **Código internacional de doenças (CID)** (listar todos os códigos necessários) |
| Deficiência FÍSICA |  |
| Deficiência AUDITIVA |  |
| Deficiência VISUAL |  |
| Deficiência INTELECTUAL |  |
| Deficiência MÚLTIPLA |  |
| Deficiência SURDO-CEGUEIRA |  |
| Transtorno do Espectro Autista |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **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 datilografados. A UFRJ se reserva ao 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.**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do(a) candidato(a) ou representante legal:

Assinatura e Carimbo com CRM do(a) Médico(a):