



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

LAUDO MÉDICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome _____

Curso _____ Turno _____

CPF _____ Sexo: Masculino Feminino Nascimento ____/____/____

Identidade _____ Órgão Emissor _____ UF _____

Filiação _____

2. LAUDO MÉDICO (Restrito ao Médico)

Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência no **Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação** _____ da Universidade Federal de Minas Gerais, previstas na [Lei Federal 12711/2012](#), alterada pela [Lei Federal 13409/2016](#) e a [Resolução nº 02/2017, de 04/04/2017](#), que o requerente possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência:

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Deficiência Auditiva |
| <input type="checkbox"/> | Deficiência Física |
| <input type="checkbox"/> | Deficiência Intelectual |
| <input type="checkbox"/> | Deficiências Múltiplas |
| <input type="checkbox"/> | Deficiência Visual |
| <input type="checkbox"/> | Transtorno Espectro Autista |

Grau de Deficiência:

- | | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Grave |
| <input type="checkbox"/> | Leve |
| <input type="checkbox"/> | Moderada |

Código Internacional de Doenças – CID-10:

(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 as áreas afetadas.

_____, ____ de _____ de 201____

Nome do Médico: _____

Especialidade: _____

_____ Assinatura	Carimbo e Registro CRM
---------------------	-------------------------------

Todas as páginas deste Laudo Médico deverão ser rubricadas e carimbadas pelo médico responsável. Este Laudo Médico não poderá conter rasuras.