

REQUERIMENTO DE HOMOLOGAÇÃO DA CONDIÇÃO DE DEFICIÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome _____

Curso _____ Turno _____

Inscrição: _____ CPF _____

Nascimento ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

Telefone Fixo: (____) _____ Celular: (____) _____

e-mail: _____

Endereço: _____

Eu _____, que inscrito no **PROCESSO SELETIVO – SISU/UFU – Edição 2018-1** da Universidade Federal de Uberlândia, vem requerer vaga na modalidade PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Apresento o LAUDO MÉDICO com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID) e com o nome legível, carimbo, assinatura, especialização e CRM ou RMS do médico que forneceu o atestado, no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência: _____.

Código correspondente da (CID): _____.

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo: _____.

Declaro minha expressa concordância em relação ao enquadramento de minha condição de deficiência, sujeitando-me à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação por ocasião da realização da perícia médica.

_____ de _____ de 2018.

(Local e Data)

Assinatura do candidato (a)

LAUDO MÉDICO, DESTINADO AOS CANDIDATOS INGRESSANTES NAS VAGAS RESERVADAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

LAUDO MÉDICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome _____

Processo Seletivo _____

Curso _____ Turno _____

CPF _____ Nascimento ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

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 – SISU/UFU – Edição 2018-1** da Universidade Federal de Uberlândia, previstas na Lei Federal 12711/2012, alterada pela Lei Federal 13409/2016, que o requerente possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência:

- Deficiência Física
- Surdez ou Deficiência Auditiva
- Cegueira ou Baixa Visão
- Deficiência Intelectual
- Transtorno Espectro Autista
- Deficiências Múltiplas

Grau de Deficiência:

- Grave
- Leve
- Moderada

Código Internacional de Doenças – CID-10:

(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

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:

- Surdez ou Deficiência Auditiva: exame de audiometria;
- Cegueira ou Baixa Visão: exame oftalmológico;
- Deficiências Múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme as áreas afetadas.

Nome do Médico: _____

Especialidade: _____

Local e Data

Assinatura com Carimbo e Registro CRM

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