



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO ACADÊMICA

LAUDO MÉDICO

Laudo médico para comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para ingresso em vaga reservada para pessoas com deficiência, nos cursos de Graduação da UFSB, conforme previsto na Lei nº 12.711/2012, alterada pela Lei nº 13.409/2016.

Nome completo:

CPF: Data de Nascimento:

E-mail:

| LAUDO MÉDICO (Restrito ao Médico) | |
|--|--|
| Tipo de Deficiência <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Múltiplas <input type="checkbox"/> Deficiências Visual | <input type="checkbox"/> Outras. Especificar: <input type="text"/> Grau de Deficiência: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |

Código Internacional de Doenças – CID:

Descrição clínica detalhada da deficiência:

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

Provável causa da deficiência (quando for o caso):

Área e/ou Funções afetadas (quando for o caso):

Limitações funcionais:

Nome do Médico:

Especialidade:

| | |
|---|----------------------------------|
| <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Assinatura do médico</p> | <p>Carimbo e Registro no CRM</p> |
|---|----------------------------------|

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