|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS  **Pró-reitoria de Pós-Graduação**  prpg@ufla.br | **Este requerimento deve ser EXCLUSIVAMENTE preenchido por digitação.**  **O candidato deverá anexar os demais documentos exigidos no Anexo I da Instrução Normativa PRPG n° 001/2024.** |

|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO PARA LAUDO MÉDICO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | | |
| **Edital de ingresso:** | | |
| **Ano de ingresso:** | **Programa de Pós-Graduação em:** | |
| **Nome completo:** | | |
| **CPF:** | | **Cédula de Identidade:** |
| **E-mail:** | | **Data de Nascimento:** / / |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LAUDO MÉDICO (Preenchimento restrito ao Médico)** | | | |
| Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência no Processo Seletivo acima identificado da Universidade Federal de Lavras, prevista na Lei Federal 12.711/2012, alterada pela Lei Federal 14.723/2023, que o candidato possui a deficiência abaixo assinalada: | | | |
| Tipo de Deficiência: | Código Internacional de Doenças – CID-10:  (Preencher com tantos códigos quanto sejam necessários): | | Grau de Deficiência: |
| ( ) Deficiência Auditiva  ( ) Deficiência Física  ( ) Deficiência Intelectual  ( ) Deficiência Múltiplas  ( ) Deficiências Visual  ( ) Outras. Especificar: |  | | ( ) Leve  ( ) Moderado  ( ) Grave |
| Descrição clínica detalhada da deficiência:  Provável causa da deficiência (quando for o caso):  Área e/ou Funções afetadas (quando for o caso):    Limitações funcionais: | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DESTE LAUDO** | | | |
| **Nome completo:** | | **Especialidade:** | |
| , / /20 .  Local Data | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do médico  Carimbo e Registro no CRM | |
| **ATENÇÃO, CANDIDATO!** | | | |
| Apresentar, juntamente com este laudo, os seguintes exames, com relatório médico, 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; * - Deficiência Intelectual: exames ou outros que comprovem a deficiência. | | | |
| Lavras, / /20 . | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura do candidato** (conforme cédula de Identidade) |