



## ANEXO IX

### LAUDO MÉDICO DESTINADO AOS CANDIDATOS(AS) INTERESSADOS(AS) NAS RESERVAS DE VAGAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCD)

**IDENTIFICAÇÃO:**

**Nome:**

**CPF:**

**Sexo:**

**Nascimento:**

**E-mail:**

**LAUDO MÉDICO (Restrito ao Médico(a))**

Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência por meio do Processo Seletivo de Discentes do IFB, de acordo com a Lei Federal 12.711/2012, alterada pela Lei Federal 13.409/2016, que o requerente possui a deficiência abaixo assinalada:

**Tipo de Deficiência:**

Deficiência Física

Deficiência Intelectual

Surdez ou Deficiência Auditiva

Transtorno Espectro Autista

Cegueira ou Baixa Visão

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:**

*OBS.: Este Laudo Médico não poderá conter rasuras e deverá ser assinado e carimbado por um médico especialista, conforme edital. Apresentar os seguintes exames para comprovação da deficiência:*

*- Deficiência Física: exames que comprovem a deficiência;*

*- Surdez ou Deficiência Auditiva: exame de audiometria;*

*- Cegueira ou Baixa Visão: exame oftalmológico;*

*- Deficiência Intelectual e Transtorno de Espectro Autista: relatório de avaliação psicopedagógica (modelo em anexo); - Deficiências Múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme as áreas afetadas.*

Médico(a): \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Local e Data

Assinatura com carimbo e Registro CRM