



ANEXO XIX

LAUDO MÉDICO DESTINADO AOS CANDIDATOS(AS) PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCD)

IDENTIFICAÇÃO:**Nome:****CPF:****Sexo:****Nascimento:****E-mail:****Processo Seletivo:****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 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:**

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