



## 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