

ANEXO 9 – LAUDO MÉDICO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

OBS: Para proponentes concorrentes às cotas para pessoas com deficiência.

De acordo com os dispositivos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, da Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência - nº 13.146/2015 e da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, lei nº 12.764/2012.

Nome completo: _____

CPF: _____ **RG:** _____

CID (Classificação Internacional de Doenças): _____

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência da pessoa:

- ☐ Deficiência Auditiva
- ☐ Deficiência Física
- ☐ Deficiência Visual
- ☐ Deficiência Intelectual
- ☐ Deficiência Múltipla
- ☐ Inserir outros tipos de deficiência:

Especifique / detalhe a condição da deficiência (aqui faremos uma pequena nota explicativa):

_____, ____ de _____ de _____
(Local e data)

Assinatura e carimbo com CRM do Profissional de nível superior da área da
saúde/Especialidade