



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
CONSELHO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
SECRETARIA DOS ÓRGÃOS COLEGIADOS

ANEXO I DO EDITAL n.º 18/2025/PROGRAD/UFRRJ

MODELO DE LAUDO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO À VAGA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME			DATA DO NASCIMENTO / /	
GÊNERO	NOME SOCIAL			
RG	UF/RG	CPF	TELEFONE ()	
ENDEREÇO	Nº	COMPLEMENTO	CEP - -	
BAIRRO	CIDADE	UF	E-MAIL	

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME DO MÉDICO	CRM
LOCAL DO ATENDIMENTO	TELEFONE ()

INFORMAÇÕES MÉDICAS

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10
DEFICIÊNCIA FÍSICA ☐ DEFICIÊNCIA AUDITIVA ☐ DEFICIÊNCIA VISUAL ☐ DEFICIÊNCIA INTELECTUAL ☐ DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA ☐	(listar todos os códigos necessários)
Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga	

Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou digitados. A UFRRJ se reserva o direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente e do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial.

O presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas. O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas aqui prestadas.

_____, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico Assinatura do candidato ou Representante legal