Laudo Comprobatório – Deficiência

FORMULÁRIO PARA LAUDO MÉDICO	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome completo do fillho/filha:	Data de Nascimento:
Nome completo da mãe:	CPF:
E-mail:	Data de Nascimento:
LAUDO MÉDICO (Preenchimento restrito ao Medico)	
Atesto, para a finalidade de concorrência no edital PROPPG 15/2026 PAPIC, de acordo com as Leis 7853/1989, 12764/2012, 13146/2015; os Decretos Federais n° 3298/1999; 5296/2004; 11063/2022 e demais normas legais que regulamentam a condiçao de PcD, que o filho/filha da candidata possui a condição de deficiência abaixo assinalada:	
Tipo de Deficiencia:	
( ) Deficiência Fisica /Motora ( ) Deficiência Multipla ( ) Deficiência Auditiva /Surdez ( ) Deficiência Visual: Cegueira ou Baixa Visão ( ) Transtorno do Espectro Autista ( ) Deficiência Intelectual ( ) Outra. Especificar:	Código Classificação Internacional de Doenças - CID- e/ou Código da Classificação Internacional de Funcionalidade, ncapacidade e Saúde - CIF (Preencher com tantos códigos quanto sejam necessarios):
Observações (se necessário):	
IDE TIFICAÇÃO DO MEDICO RESPONSAVEL PELA EMISSAO DESTE LAUDO	
Nome completo:	Especialidade:
Assinatura do medico	Cidade e Data: Carimbo e Registro no CRM