





LAUDO E RELATÓRIO MÉDICO (Página nº 02 de 02)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	
Carteira de Identidade:	CPF:

RELATÓRIO MÉDICO (RESTRITO AO MÉDICO)
Descrição detalhada da deficiência
Histórico da deficiência:
Limitações funcionais:
Nome do Médico:
Especialidade:

O (A) candidato (a) deverá apresentar, juntamente com este laudo, os exames exigidos para comprovação da deficiência descritos no item 44.16 do Edital Normativo do Processo Seletivo de Ações Afirmativas da UFOB 2025.

Data: ____/____/____	Carimbo e Registro no CRM
_____ Assinatura do médico	