



IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:

Carteira de Identidade:

PF:

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 37.4.1 do Edital do Processo Seletivo SISU/UFOB 2025.

Data: ____/____/____

Carimbo e Registro no CRM

Assinatura do médico