





**LAUDO MÉDICO ESPECÍFICO** (Página nº 02 de 02)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	
Carteira de Identidade:	CPF:

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

O (A) candidato (a) deverá apresentar, juntamente com este laudo, os exames exigidos para comprovação da deficiência descritos nos subitens 37.5.1.20 e 37.6.1.17 do Edital do **Processo Seletivo SISU/UFOB 2024**.

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