



LAUDO MÉDICO ESPECÍFICO (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 nos subitens 37.5.1.20 e 37.6.1.17 do Edital do **Processo Seletivo SISU/UFOB 2024**.

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