



ANEXO VII
LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A/O Paciente _____,
portador (a/e) do CPF no _____, e do RG no
_____, foi submetida nesta data, a exame clínico sendo
identificada a existência de DEFICIÊNCIA: (Informe o tipo de deficiência)
_____. Número
CID (Classificação Internacional de Doenças): _____.

_____, de _____ de 2025.
(município) (data) (mês)

Assinatura e carimbo com CRM da/do profissional de nível superior
da área da Saúde/Especialidade*

** O laudo deverá conter o nome do médico, a assinatura, e, ainda, o número do CRM deste especialista na área de deficiência/doença da candidata e o carimbo; caso contrário não terá validade. Este, também deverá ser legível, sob pena de não ser considerado.*