



**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.