

ANEXO 11

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 _____.

(município) (data) (mês) (ano)

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

**Este Anexo é um modelo, podendo ser substituído por outro Laudo Médico desde de que contenha de forma legível: Nome completo e no do CPF do/a proponente/paciente; Tipo de deficiência, com indicação do respectivo Código Internacional de Doenças (CID); Assinatura, carimbo e número de inscrição no CRM do(a) profissional responsável.*

*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.**

**Para efeito de assinatura em documentos, apenas serão admitidas as assinaturas de próprio punho ou assinaturas digitais nos padrões do ICP-Brasil ou no padrão do sistema Gov.br., declarações sem assinatura, ou com assinaturas digitalizadas e coladas não terão validade e não serão consideradas no processo.*