

# LAUDO MÉDICO

Declaro que o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador(a) do R.G. n.º \_\_\_\_\_  
e CPF n.º \_\_\_\_\_ é portador(a) de deficiência \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, com grau/nível \_\_\_\_\_  
e CID n.º \_\_\_\_\_.

A provável causa da deficiência é \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

## Declaro ainda que o candidato:

- Não necessita de Condições Especiais para Prova.
- Necessita de Condições Especiais para Prova Especial (Especificar Abaixo)

## Condição Especial:

- Prova Ampliada      Tipo de Letra \_\_\_\_\_ Tamanho \_\_\_\_\_
- Prova com Ledor
- Prova com Linguagem de Sinais (Libras)
- Mesa e/ou cadeiras especiais
- Cadeirante (rampa de acesso ou elevadores)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico