

EDITAL TERRITÓRIOS DE CRIAÇÃO
CONCESSÃO DE BOLSAS PARA MOBILIDADE FORMATIVA

Anexo 4
Laudo Médico para Pessoa com Deficiência

Este laudo deve ser assinado por um profissional de nível superior da área da Saúde.

Nome completo da pessoa com deficiência _____

Número da carteira de identidade _____

CPF (Cadastro de Pessoa Física) _____

Número CID (Classificação Internacional de Doenças) _____

Assinale o tipo de deficiência:

- Auditiva
- Física
- Visual
- Intelectual
- Múltipla
- Outros tipos de deficiência

Descreva a condição da deficiência _____

Este laudo médico está de acordo com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, com o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/2015) e com a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei n. 12.764/2012).

Cidade, dia, mês e ano:

Assinatura e carimbo com CRM do profissional de nível superior da área da Saúde/Especialidade¹

1 ! Atenção!

- **Só serão permitidas assinatura de próprio punho ou assinatura eletrônica.** Garanta que seja possível checar se a sua assinatura eletrônica é verdadeira, caso contrário sua inscrição poderá ser reprovada;
- Não serão aceitas assinaturas digitalizadas e/ou coladas.