

### ANEXO III – MODELO DE LAUDO MÉDICO

---

Atesto para os devidos fins de direito que o Sr(a). \_\_\_\_\_ é portador(a) da(s) deficiência(s) (*descrever a espécie e o grau ou nível de deficiência*) \_\_\_\_\_,

Código Internacional da Doença (CID) \_\_\_\_\_, sendo que a deficiência foi/é causada pela seguinte causa:

(descrever a provável causa da deficiência)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Local:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome, assinatura, número do CRM do médico especialista na área de deficiência/doença do candidato