

ANEXO VII

MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A/O

Paciente \_\_\_\_\_, portador(a)  
do CPF nº \_\_\_\_\_, e do RG nº \_\_\_\_\_, foi submetido(a)  
nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de DEFICIÊNCIA: (Informe o tipo  
de deficiência) \_\_\_\_\_ Número  
CID (Classificação Internacional de Doenças): \_\_\_\_\_.

Local, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2026.

\_\_\_\_\_  
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.