



GOVERNO DE
MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
"CARLOS ALBERTO REYES MALDONADO"
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES – JANI VANINI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM GEOGRAFIA



ANEXO VI

MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Identificação do candidato à vaga para pessoa com deficiência

Nome:

Nome Social:

Data de Nascimento:

Gênero:

RG:

UF/RG:

CPF:

Telefone:

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

E-mail:

Identificação do médico responsável

Nome do médico: Registro profissional (CRM):

Local do atendimento:

Telefone:



GOVERNO DE
MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
"CARLOS ALBERTO REYES MALDONADO"
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES – JANI VANINI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM GEOGRAFIA



Informações médicas

Tipo de deficiência	Código Internacional de Doenças (CID) (listar todos os códigos necessários)
Deficiência Física	
Deficiência Auditiva	
Deficiência Visual	
Deficiência Intelectual	
Deficiência Múltipla	
Deficiência Surdo-Cegueira	
Transtorno do Espectro Autista	

Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga, bem como, o tipo de assistência para viabilização da participação no seletivo e no curso (aulas teóricas e práticas das disciplinas):

Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou digitado. O PPGGeo Unemat se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente e do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial.

O presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas aqui prestadas.

Local e data

Assinatura e carimbo com
CRM do médico

Assinatura do candidato(a/e) ou representante legal
(conforme documento de identidade)