



**FUNDAÇÃO**  
DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO  
**UNICENTRO**

**INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ**  
**(MODELO)**  
**LAUDO MÉDICO**

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

Nome da mãe completo: \_\_\_\_\_

Sexo: (  ) Feminino (  ) Masculino

RG n.º \_\_\_\_\_ CPF n.º \_\_\_\_\_

Tipo de deficiência de que é portador:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Espécie e o grau ou nível da deficiência:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Provável causa da deficiência:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável pelo laudo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_

Assinatura e CRM do Médico