



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DA AMAZÔNIA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO**

Provável Causa da Deficiência (quando for o caso):

Áreas e/ou Funções afetadas (quando for o caso):

Limitações:

Apresentar, juntamente com este laudo, os seguintes exames para comprovação da deficiência:

- Deficiência Visual: exame oftalmológico
- Deficiência Auditiva: exame de audiometria
- Deficiências Múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme as áreas afetadas.

_____, _____ de _____ de _____

Nome do Médico: _____

Especialidade: _____

<p>_____ Assinatura do Médico</p>	<p>Carimbo e Registro CRM/RMS</p>
---------------------------------------	--

Todas as páginas deste Laudo Médico deverão ser rubricadas e carimbadas pelo médico responsável. Este Laudo Médico não poderá conter rasuras.