**PRÊMIO CULTURA ALIMENTAR**

Anexo 9 – Laudo Médico para Pessoa com Deficiência

Este laudo deve ser assinado por um profissional de nível superior da área da Saúde.

**Nome completo da pessoa com deficiência:**

|  |
| --- |

**Número da carteira de identidade:**

|  |
| --- |

**CPF (Cadastro de Pessoa Física):**

|  |
| --- |

**Número CID (Classificação Internacional de Doenças):**

|  |
| --- |

**Assinale o tipo de deficiência:**

* Auditiva
* Física
* Visual
* Intelectual
* Múltipla
* Outros tipos de deficiência

**Descreva a condição da deficiência:**

|  |
| --- |

Está laudo médico está de acordo com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, com o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/2015) e com a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei n. 12.764/2012).

**Cidade, dia, mês e ano:**

|  |
| --- |

**Assinatura e carimbo com CRM do profissional de nível superior da área da Saúde/Especialidade:**

|  |
| --- |

**❗Instruções**

* **Só serão permitidas assinatura de próprio punho ou assinatura eletrônica.** Garanta que seja possível checar se a assinatura eletrônica é verdadeira, caso contrário sua inscrição poderá ser reprovada.
* Não serão aceitas assinaturas digitalizadas e coladas.
* Todas as páginas deste documento devem ser rubricadas (assinatura abreviada).
* Digitalize para o formato PDF depois de conferir, preencher e assinar este documento.