

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO A VAGA RESERVADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome _____
CPF _____ Sexo: Masculino Feminino Nascimento ____ / ____ / ____
Identidade _____ Órgão Emissor _____ UF _____
Filiação _____

2. DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE FÍSICA E/OU MENTAL

História Clínica

Exame físico detalhado

Código Internacional de Doenças – CID-10: _____

(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

Exame oftalmológico (se for o caso)

Acuidade visual	Sem correção	Com correção
Olho direito		
Olho esquerdo		

Somatório da medida do campo visual em ambos os olhos: _____

Exame otorrinolaringológico (se for o caso)

Acuidade auditiva (Hz):	500	1000	2000	3000
Orelha direita				
Orelha esquerda				

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

- **Deficiência Auditiva:** exame de audiometria;
- **Deficiência Visual:** exame oftalmológico;
- **Deficiência Física:** exames de imagem ou outros que corroborem para o diagnóstico;
- **Deficiências Mental/espectro autista:** outros que corroborem para o diagnóstico;
- **Deficiências Múltiplas:** exames que corroborem para o diagnóstico, conforme as áreas afetadas.

_____, _____ de _____ de 201_____

Nome do Médico: _____

Especialidade: _____

Assinatura

Carimbo e Registro CRM

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