**MODELO DE 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 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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.** | |