**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.** |