

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 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.