

# 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.**