

## 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.**

