RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE DO CANDIDATO

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, junto a 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.