RELATÓRIO MÉDICO DO CANDIDATO À VAGA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA1 e 2

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** |
| Nome: | Nascimento: / /  |
| CPF |  | Gênero: ( ) Masculino( ) Feminino( ) Outro  |
| Identidade nº |  |
| Órgão Emissor |  | UF |  |
| Filiação |  |
|  |
| **2. DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE FÍSICA E/OU MENTAL** |
| Tipo, grau ou nível da(s) deficiência(s) *(Em observância ao Art. 4º do Decreto Nº 3.298 de 1999)* |
|  |
| História Clínica *(descrição clínica e causa provável)* |
|  |
| Descrição detalhada da deficiência *(comprometimento das estruturas e funções do corpo e restrições à participação)* |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| 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 dir. |  |  |  |  |
| Orelha esq. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **3. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL** |
| Nome |  | CRM |  |
| Especialidade |  | Telefone |  |

# Local, data

*Assinatura do médico*

# Carimbo e Registro CRM

[1] Todos os campos são de preenchimento obrigatório e deverão ser preenchidos de forma **LEGÍVEL** ou digitados.

[1] Todas as páginas deste relatório deverão ser rubricadas e carimbadas pelo médico responsável e não poderá conter rasuras.