



RELATÓRIO MÉDICO DO CANDIDATO À VAGA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA^{1 e 2}

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome:			Nascimento: __/__/__		
CPF				Gênero: () Masculino	
Identidade nº				() Feminino	
Órgão Emissor		UF		() Outro _____	
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 <i>(se for o caso)</i>		
Acuidade visual	Sem correção	Com correção
Olho direito		
Olho esquerdo		
Somatório da medida do campo visual em ambos os olhos		

Exame otorrinolaringológico <i>(se for o caso)</i>				
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.