

## ANEXO V

### MODELO DE RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO A VAGA RESERVADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA				
Nome _____ CPF _____ Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> 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: _____ <small>(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)</small>				
<b>Exame oftalmológico (se for o caso)</b>				
Acuidade visual	Sem correção	Com correção		
Olho direito				
Olho esquerdo				
Somatório da medida do campo visual em ambos os olhos: _____				
<b>Exame otorrinolaringológico (se for o caso)</b>				
Acuidade auditiva (Hz):	500	1000	2000	3000
Orelha direita				
Orelha esquerda				
Apresentar, juntamente com este relatório, os seguintes exames para comprovação da deficiência: - <b>Deficiência Auditiva:</b> exame de audiometria; - <b>Deficiência Visual:</b> exame oftalmológico; - <b>Deficiência Física:</b> exames de imagem ou outros que corroborem para o diagnóstico; - <b>Deficiências Mental/espectro autista:</b> outros que corroborem para o diagnóstico; - <b>Deficiências Múltiplas:</b> exames que corroborem para o diagnóstico, conforme as áreas afetadas.				
_____, _____ de _____ de 201_____				
Nome do Médico: _____				
Especialidade: _____				
_____ Assinatura	Carimbo e Registro CRM			
<b>Todas as páginas deste relatório médico deverão ser rubricadas e carimbadas pelo médico responsável e não poderá conter rasuras.</b>				