UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MODELO DE RELATÓRIO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

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/CIF (se for o caso): _____
(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 Física**: exames de imagem ou outros que corroborem para o diagnóstico;
- **Deficiências Mental**: outros que corroborem para o diagnóstico;
- **Deficiência Intelectual ou Sensorial**: outros que corroborem para o diagnóstico;
- **Deficiências Múltiplas**: exames que corroborem para o diagnóstico, conforme as áreas afetadas.

_____, _____de _____de 20_____
Nome do Profissional de Saúde:_____
Especialidade:_____

	Carimbo e Registro do Conselho Profissional

_____ Assinatura	

Todas as páginas deste relatório deverão ser rubricadas e carimbadas pelo profissional de saúde responsável e não poderá conter rasuras.