CIDADE DE SÃO PAULO GESTÃO

ANEXO III

FORMULÁRIO MÉDICO - SOLICITAÇÃO DE HORÁRIO ESPECIAL DE TRABALHO
VERSÃO: DEPENDENTE (TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

DADOS DO PACIENTE

Nome:	
RG:	Data de Nascimento: / /
CPF:	Telefone:

DADOS DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE

Nome	
Especialidade	CRM:

UNIDADE DE SAÚDE

Nome da Unidade de Saúde:	
Município:	Tel.:
E-mail:	CNES/CNPJ/CPF:

DIAGNÓSTICO(S)

CID 10	Descrição do diagnóstico
PRINCIPAL:	
SECUN´DARIOS:	
SECUN´DARIOS:	

LIMITAÇÕES ATUAIS

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS		LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES E RESTRIÇÕES À PARTICIPAÇÃO	
[ ] AUDITIVA [ ] FISICA [ ] INTELECTUAL	[ ] MENTAL [ ] VISUAL [ ] NAO APRESENTA LIMITAÇÕES	[ ] APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DOCONHECIMENTO [ ] AUTOCUIDADO/ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA [ ] COMUNICAÇÃO	[ ] CONVÍVIO SOCIAL [ ] MOBILIDADE [ ] RELAÇÕES INTERPESSOAIS [ ] NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA/SUPORTE

[ ] NENHUM [ ] MÍNIMO [ ]BAIXO [ ] MODERADO [ ] ALTO [ ] DEPENDÊNCIA TOTAL

DESCRIÇÃO DETALHADA DA HISTÓRIA PATOLÓGICA, CONTENDO OBRIGATORIAMENTE OS ACHADOS CLÍNICOS E/OU PSÍQUICOS ATUAIS, OS COMPROMETIMENTOS E/OU SEQUELAS VERIFICADAS PELO MÉDICO ASSISTENTE E A TERAPÊUTICA VIGENTE.

ATESTO, para os devidos fins, que o solicitante acima qualificado e identificado nesta data, é possuidor da deficiência, classificada com a respectiva CID 10 e os comprometimentos descritos no presente Formulário de Solicitação, apresentando os laudos dos exames (anexo), conforme previsto nas normas reguladoras vigentes.

Assinatura do(a) solicitante	/ / Data de emissão	Assinatura do(a)médico(a) e carimbo com nome e CRM legíveis