

ROTEIRO – DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Nome: _____

CPF: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Já trabalhou? Sim (___) Não ()

Último
emprego

Empresa _____

Cargo _____

Data Entrada: _____

Data Saída: _____

QUADRO DA DEFICIÊNCIA

Adquirida (___) Congênita (___)	Causa/Quando				CID:	
Uso de apoios	Aparelho auditivo (___)	Implante coclear (___)	Libras (___)	Leitura labial (___)	Escrita (___)	
Comunicação oral	Excelente (___)	Satisfatória (___)	Deficiência da articulação da fala (___)		Sem oralidade (___)	
Uso de telefone comum	Sem restrições (___)		Com restrições (___)		Não utiliza (___)	
Uso de aplicativos de celular	Se sim, qual? _____				Não utiliza (___)	

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

Trouxe laudo médico Não (___) Sim (___)

Trouxe Audiometria Não (___) Sim (___)

Classificação	Caracterizado (___)	Não Caracterizado (___)	Dúvida – Ausência de documentos (___)	Dúvida – Ausência de informação (___)	Outras:
Indicação	Indicado para trabalho (___)		Indicado para programa (___)	Outros	

Consultor (a): _____