

ROTEIRO – DEFICIÊNCIA FÍSICA

Nome:

CPF:

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Já trabalhou? Sim (___) Não ()

Último
emprego

Empresa _____

Cargo _____

Data Entrada: _____

Data Saída: _____

QUADRO DA DEFICIÊNCIACongênita (___)
Adquirida (___)

Causa/Quando:

CID:

Informações gerais

Comprometimento motor (___) Deformidade (___) Amputação parcial (___)
Amputação total (___) Ausência de segmento (___) Outros:

Onde se localiza?

Segmento de membro

Mão - Esquerda (___) Direita (___)

Pé - Esquerdo (___) Direito (___)

Dedos - 1° () 2° () 3° () 4° () 5° ()

Apoios

Palmilha (___) Bota ortopédica (___) Muletas (___) Andador (___) Prótese (___)
Cadeira de rodas (___) Outros:

Locomoção

Alteração na marcha (___) Locomoção independente (___) Locomoção com apoio (___)

Movimentos manuais

Sem restrições (___) Com restrições (___) Outros:

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

Trouxe laudo médico - Não (___) Sim (___)

Outros exames/documentos - Não (___) Sim (___) – Qual?

ClassificaçãoCaracterizado
(___)Não Caracterizado
(___)Dúvida – Ausência de
documentos (___)Dúvida – Ausência
de informação (___)

Outras:

Indicação

Indicado para trabalho (___)

Indicado para programa
(___)

Outros

Consultor (a):