

ROTEIRO – DEFICIÊNCIA VISUAL

Nome: _____ CPF: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Já trabalhou? Sim (___) Não ()

Último emprego	Empresa _____	Cargo _____	Data Entrada: _____ Data Saída: _____
----------------	---------------	-------------	--

QUADRO DA DEFICIÊNCIA

Adquirida (___) Congênita (___)	Causa/Quando				CID:
Tipos	Cegueira (___)	Baixa visão (___)	Visão Monocular (___)	Campo Visual (___)	
Mobilidade	Independente (___)		Semi dependente (___)	Dependente (___)	
Apoios de Locomoção	Bengala (___)	Cão guia (___)	Não utiliza (___)	Outros	
Apoios de Leitura	Braile (___)	Lupa (___)	Telelupa (___)	Ampliação de tela (___)	Leitor de tela (___) Qual?
Uso de aplicativos de celular	Não (___) Sim () - Qual?				

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

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

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

Consultor (a): _____