



Laudo Médico

Finalidade:

Para fins de autorização Especial para participação de Campeonatos de atletas com deficiência intelectual e ambulatória autônoma, decorrente das incapacidades especificadas neste atestado.

Identificação da pessoa com deficiência

Nome Completo: _____

Sexo: Masculino Feminino

Data de Nascimento: _____ Contato/whatsapp: _____

CPF: _____ RG: _____

Enderço: _____

Identificação dos Pais ou Responsável

Nome Completo: _____

CPF: _____ Contato/whatsapp: _____

E-mail: _____

Identificação do Médico

Nome Completo: _____

CPF: _____ Contato/whatsapp: _____

Registro Profissional (CRM): _____

Local de atendimento: _____

E-mail: _____

CNPJ: 08.944.109/0001-99



/fekipinterestilos



/fekip



(46) 9.9912-1675



Laudo Médico

Informação Médica

CID 10 (Classificação Internacional da Doença): _____

CID 11 (Classificação Internacional da Doença): _____

Tipo de deficiência:

- Transtorno do Espectro Autismo (TEA) Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) Síndrome de Down
- Leve
- Moderado
- Severo

Faz uso contínuo de medicamentos?:

- Sim Não

se sim, especificar: _____

Há restrições para a prática deportiva?:

- Sim Não

se sim, especificar: _____

Possui recomendação especial para participar no evento?:

- Sim Não

se sim, especificar: _____

Descrição, natureza e CID que justifique a Incapacidade ou Dificuldade:

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de autorização especial para participação em campeonatos se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este departamento, sob as penas da lei.

Profissional de Saúde e carimbo

Atleta ou Responsável

Cidade

Data



/fekipinterestilos



/fekip



(46) 9.9912-1675