***Atestado Médico***

***Classificação - Cegueira /Deficiência Visual***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | | |
| Data de Nascimento: |  | | | |
| Género: | Feminino |  | Masculino |  |
| Associação / Clube: |  | | | |
| Nº Federativo |  | | | |
| **Classificação de Diagnóstico Clínico** |  | | | |

**Classificação Clínica:**

|  |  |
| --- | --- |
| Desempenho visual sem correção: | Esquerda:  Direita: |
| Desempenho visual com a melhor correção possível: | Esquerda:  Direita: |
| Refração do olho : | Esquerda:  Direita: |
| Limitação do campo de visão: | Esquerda:  Direita: |

**Classificação de acordo com a CID-10:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **H 53.-** | **H 54.-** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **H 54,0** | **H 54,1** | **H 54,2** | **H 54,3** | **H 54,4** | **H 54,5** | **H 54,6** |  |
| Grau **1** e **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Grau**3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Grau **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Grau **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Marque a correta classificação com uma cruz ou um novo código de avaliação autenticado.

|  |  |
| --- | --- |
| Análise / breve avaliação do médico: | |
| Certifica-se que as informações acima estão corretas e o atleta pode competir. | |
| Nome Avaliador:  Qualificação:  Instituição: | Avaliador (carimbo e assinatura) |
| Lugar de exame: | Data: |

***Atestado Médico***

***Classificação -*** ***Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | | |
| Data de Nascimento: |  | | | |
| Género: | Feminino |  | Masculino |  |
| Associação / Clube: |  | | | |
| Nº Federativo |  | | | |
| **Classificação de Diagnóstico Clínico** |  | | | |

**Classificação Clínica - de acordo com a CID-10:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F 70 | F 71 | F 81.9 | F 82 | F 90 | Q 90 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Marque a correta classificação com uma cruz ou um novo código de avaliação autenticado.

|  |  |
| --- | --- |
| Análise / breve avaliação do médico: | |
| Certifica-se que as informações acima estão corretas e o atleta pode competir. | |
| Nome Avaliador:  Qualificação:  Instituição: | Avaliador (carimbo e assinatura) |
| Lugar de exame: | Data: |

***Atestado Médico***

***Classificação - Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | | |
| Data de Nascimento: |  | | | |
| Sexo: | Feminino |  | Masculino |  |
| Associação / Clube: |  | | | |
| Nº Federativo |  | | | |
| **Classificação de Diagnóstico Clínico** |  | | | |

**Classificação Funcional - de acordo com CIF:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | XXX.1 | XXX.2 | XXX.3 | XXX.4 |
| d 1 | d 110 |  |  |  |  |
|  | d 115 |  |  |  |  |
|  | d 130 |  |  |  |  |
|  | d 155 |  |  |  |  |
|  | d 160 |  |  |  |  |
| d 2 | d 220 |  |  |  |  |
|  | d 240 |  |  |  |  |
| d 4 | d 450 |  |  |  |  |
|  | d 455 |  |  |  |  |
| d 5 |  |  |  |  |  |
| d 6 |  |  |  |  |  |

Por favor preencha todas as seções adequadas com uma cruz.

|  |  |
| --- | --- |
| Análise / breve avaliação do médico: | |
| Certifica-se que as informações acima estão corretas e o atleta pode competir. | |
| Nome Avaliador:  Qualificação:  Instituição: | Avaliador (carimbo e assinatura) |
| Lugar de exame: | Data: |

***Atestado Médico***

***Classificação - Cadeirante***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | | |
| Data de Nascimento: |  | | | |
| Genero: | Feminino |  | Masculino |  |
| Associação / Clube: |  | | | |
| Nº Federativo |  | | | |
| **Classificação de Diagnóstico Clínico** |  | | | |

**Classificação Clínica - de acordo com a CID-10:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | G 35.- | G 82.- |  |  |  |  |  |
|  |  | G 82.0 | 82.1- G | G 82.6 |  |  |  |
|  |  |  |  | Pescoço | Tórax | Lombar | Lombar |
| Nível exato |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Q 05.- |  |  |  | S 14.- | S 24.- | S 34.- | T 05.- |
|  | Q 05.0  + 05.5 Q | Q 05.1  + 05.6 Q | Q 05.2  + 05.7 Q | Q 05.3  + 05.8 Q | S  14.7- | S  24.7- | S  34.7- |  |
| Nível exato |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Marque a correta classificação com uma cruz ou um novo código de avaliação autenticado.

|  |  |
| --- | --- |
| Análise / breve avaliação do médico: | |
| Certifica-se que as informações acima estão corretas e o atleta pode competir. | |
| Nome Avaliador:  Qualificação:  Instituição: | Avaliador (carimbo e assinatura) |
| Lugar de exame: | Data: |