

## ATESTADO MÉDICO

Nome do  
candidato \_\_\_\_\_

Data de Nascimento |\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_|-19|\_\_|\_\_|\_|

Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão n.º |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Data de Emissão |\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_|

Arquivo de Identificação \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Morada  
\_\_\_\_\_

Código Postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_| Localidade \_\_\_\_\_

Telefone n.º |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_|

**FACE À INFORMAÇÃO MÉDICA RECOLHIDA ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE, ATESTA-SE, PARA EFEITOS DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR, QUE O CANDIDATO NÃO APRESENTA DEFICIÊNCIA PSÍQUICA, SENSORIAL OU MOTORA QUE INTERFIRA GRAVEMENTE COM A CAPACIDADE FUNCIONAL E DE COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL, A PONTO DE IMPEDIR A APRENDIZAGEM PRÓPRIA OU ALHEIA**

### O MÉDICO

Emitido em |\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_| \_\_\_\_\_

(colocar carimbo ou vinheta)

## QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE

(composto por 2 páginas)

Nome do  
candidato \_\_\_\_\_

Data de Nascimento |\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_|-19|\_\_|\_\_|\_|

Bilhete de Identidade n.º |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Data de Emissão |\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_|

Arquivo de Identificação \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Morada  
\_\_\_\_\_

Código Postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_| Localidade \_\_\_\_\_

Telefone n.º |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**No momento do preenchimento deste questionário o candidato deverá ser portador de:**

**a) Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão;**

**b) Boletim Individual de Saúde actualizado em relação à vacina anti-tetânica e hepatite B;**

**c) Microradiografia do tórax e exames complementares de diagnóstico que o médico considerar convenientes.**

# QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE

## 1. SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO

Ausência de deficiência física com défices motores permanentes, congénitos, ou adquiridos, com repercussão na função \_\_\_\_\_

## 2. VISÃO

Acuidade visual \_\_\_\_\_

Sem correcção \_\_\_\_\_

Com correcção \_\_\_\_\_

Senso cromático (ausência de daltonismo) \_\_\_\_\_

## 3. AUDIÇÃO

Acuidade auditiva \_\_\_\_\_

Sem correcção \_\_\_\_\_

Com correcção \_\_\_\_\_

## 4. OLFACTO

## 5. SENSIBILIDADE (TÁCTIL, TÉRMICA E ÁLGICA)

## 6. SISTEMA NEURO-MUSCULAR

Coordenação \_\_\_\_\_

Movimentos involuntários \_\_\_\_\_

Alteração da linguagem e da fala \_\_\_\_\_

Défice motor \_\_\_\_\_

Atrofia muscular \_\_\_\_\_

## 7. COMPORTAMENTO

Alterações de comportamento \_\_\_\_\_

## 8. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Atenção \_\_\_\_\_

Coerência do discurso \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

## 9. MEDICAÇÃO HABITUAL

10. OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

CONCLUSÕES: APTO |\_\_| (a inscrever em atestado médico autónomo)

NÃO APTO |\_\_|

O MÉDICO

Emitido em |\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_