

## RELATÓRIO DE DESCRITIVO DE FUNCIONALIDADE

(Este formulário deverá ser preenchido pelo profissional de saúde que emitir os laudos médicos)

### Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Deficiência: \_\_\_\_\_

Permanente ( ) Transitória ( )

### Descrição Funcional:

Possibilidades de realizar atividades relacionadas às dimensões de acessibilidade:

### Arquitetônica:

Mobiliário

Sinalização

Adaptação de espaço

Outros.

### Comunicacional:

( ) Sistema de leitura/escrita;

( ) Prova ampliada;

( ) Leitura Labial;

( ) Tradutor/intérprete de Libras;

( ) Braile;

( ) Libras tátil;

( ) Ledor;

( ) Transcrição;

( ) Guia-intérprete;

( ) Outras Tecnologias Assistiva.

### Complementar:

Demais informações que o profissional julgar relevante: