



FEDERAÇÃO PAULISTA DE KARATE - FPK

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL

DEPARTAMENTO PARA-KARATE - DPK

Atestado Médico**FINALIDADE**

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

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA				DATA DE NASC. / /	
SEXO ☐ MASC ☐ FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NÚMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
CEP	BAIRRO			CIDADE	UF

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DO ATENDIMENTO	FONE

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA AMBULATÓRIA AUTÔNOMA E/OU CID: _____ Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese. ☐ Sim ☐ Não ☐ Deficiência incapacidade intelectual. ☐ Deficiência incapacidade visual. ☐ Deficiência incapacidade auditiva de pelo menos 55dB média tonal no melhor ouvido (três tons média tonal em 500, 1000 e 2000 Hertz).	MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA (com alto grau de comprometimento ambulatório) Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese. ☐ Sim ☐ Não CID: _____ Período previsto da restrição médica: ____/____/____ a ____/____/____ (mínimo de 2 meses)
---	--

Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular:

Observações:

Descrição e natureza da deficiência: fazer relato sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexos entre a patologia e incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante. Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.

Nos casos de mobilidade reduzida temporária, o DPK emitirá autorização com validade de no mínimo 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano, havendo necessidade de dilatação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação.

O DPK se reserva o direito de solicitar esclarecimento e/ou informações complementares e avaliação funcional do solicitante.

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

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

São Paulo, de de 20 ____

Assinatura e CRM do médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de Autorização Especial DPK.

Assinatura da Pessoa com Deficiência ou Representante Legal