



ANEXO IV - AVALIAÇÃO MÉDICA PSIQUIÁTRICA

Atesto para os devidos fins que o(a) candidato(a) _____

_____, portador do RG _____ e CPF _____, foi
por mim examinado(a) nesta data e apresenta as seguintes condições psíquicas:

Consciência: _____

Orientação: _____

Atenção: _____

Pensamento (curso, forma e conteúdo): _____

Comportamento: _____

Humor/afeto: _____

Coerência: _____

Relevância do pensamento: _____

Conteúdo ideativo: _____

Sensopercepção: _____

Hiperatividade: _____

Encadeamento de ideias: _____

Memória recente: _____

Memória remota: _____

Cognição/inteligência: _____

Capacidade de raciocínio e juízo crítico: _____

Linguagem: _____

Uso atual ou prévio de psicofármacos: _____

Tratamento psiquiátrico atual ou prévio: _____

Histórico de alucinações/comportamento agressivo: _____

História familiar de doenças psiquiátricas: _____

Uso de tabaco e/ou álcool: _____

Uso atual ou prévio de drogas ilícitas: _____

Diagnóstico (CID 10): _____

Conduta terapêutica: _____

Prognóstico: _____

Consequências à saúde do paciente: _____

_____, ____/____/____.

Carimbo e assinatura do(a) médico(a) psiquiatra
CRM e RQE

Cidade-UF e data