



PROCESSO SELETIVO 2020/1, CÂMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA

ANEXO I e II

REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

O candidato deverá enviar, o original deste Requerimento de Atendimento Especial e o Laudo Médico, exclusivamente via SEDEX, juntamente com a cópia do documento de identificação, até o dia **16 de outubro de 2019**, para o seguinte endereço:

Universidade de Rio Verde
COPEVE-Comissão Permanente de Vestibular
Câmpus Universitário “Fazenda Fontes do Saber” s/n
Setor Universitário
Cx. Postal 104
Rio Verde Goiás/GO
CEP 75901-970

Obs.: Todos os dados e documentos solicitados deverão estar de acordo com o item 5 do Edital, o qual recomenda-se a leitura atenta antes de preencher este documento. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.

REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Eu, _____,
portador(a) do documento de identidade nº. _____, CPF nº. _____,
telefone (s) _____, concorrendo ao **Processo Seletivo (Vestibular) 2020/1**, Câmpus Aparecida de Goiânia, venho requerer atendimento especial para realizar as provas do referido processo seletivo, conforme as informações prestadas a seguir.

_____, ____/____/____.
Local data

Assinatura do(a) candidato(a)

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES, A SEGUIR, PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO(A) EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

() Amamentação () Acidentado () Pós-cirúrgico
Acometido por doença () Qual? _____
Outro caso () Qual? _____

ATENDIMENTO OU CONDIÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DA PROVA

1. Candidato com problemas e/ou dificuldades temporárias ou permanentes (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo de atendimento especial necessário para a realização da prova: (espaço para amamentação, móvel especial para fazer as provas, prova ampliada letra 24, leitor de prova, transcritor para preencher o cartão-resposta, tempo adicional, etc):

2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do(a) acompanhante do bebê _____

Nº do documento de identificação-da(o) acompanhante _____,
Órgão Expedidor _____.

Observação: Anexar cópia do documento de filiação da criança e cópia do documento de identidade do acompanhante.

No dia da prova o(a) acompanhante deverá apresentar-se portando o original desse documento, devendo apresentá-lo no dia do processo seletivo.

PROCESSO SELETIVO 2020/1, CÂMPUS APERCIDA DE GOIÂNIA

LAUDO MÉDICO

O médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças, após preenchimento o candidato deverá enviar, este Laudo Médico e o Requerimento de Atendimento Especial, exclusivamente via SEDEX, juntamente com a cópia do documento de identificação, até o dia **16 de outubro de 2019**, para o seguinte endereço:

Universidade de Rio Verde
COPEVE-Comissão Permanente de Vestibular
Câmpus Universitário “Fazenda Fontes do Saber” s/n
Setor Universitário
Cx. Postal 104
Rio Verde Goiás/GO
CEP 75901-970

Obs.: Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos, **conforme subitem 4.4.3 do Edital**. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.

(Antes de preencher este documento recomenda-se a leitura do Edital, em especial a do item 4)

O(a) candidato(a) _____, portador(a) do documento de identidade nº. _____, CPF nº. _____, telefone(s) _____, concorrendo ao **Processo Seletivo 2020/1** Câmpus Aparecida de Goiânia, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de deficiência em conformidade com o Decreto Federal nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores.

Assinale ou circule, a seguir, o tipo de deficiência do candidato:

I – DEFICIÊNCIA FÍSICA*

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paraplegia | <input type="checkbox"/> Paraparesia | <input type="checkbox"/> Monoplegia |
| <input type="checkbox"/> Monoparesia | <input type="checkbox"/> Tetraplegia | <input type="checkbox"/> Tetraparesia |
| <input type="checkbox"/> Triplegia | <input type="checkbox"/> Triparesia | <input type="checkbox"/> Hemiplegia |
| <input type="checkbox"/> Hemiparesia | <input type="checkbox"/> Amputação ou Ausência de Membro | |
| <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral | <input type="checkbox"/> Membros com Deformidade Congênita ou Adquirida | |
| <input type="checkbox"/> Ostomias | <input type="checkbox"/> Nanismo | |

***Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.**

II – DEFICIÊNCIA AUDITIVA*: perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

* Para os candidatos portadores de deficiência auditiva, o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições, acompanhado do relatório do otorrinolaringologista informando se a perda auditiva do candidato é passível de alguma melhora com uso de prótese. Nos casos em que o relatório do otorrinolaringologista informar melhora da audição com o uso de prótese, o candidato deverá apresentar também exame de audiometria com o uso de prótese, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

III – DEFICIÊNCIA VISUAL:

Cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

Baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

Campo visual - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.

A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.

Visão monocular.

Para os candidatos portadores de deficiência visual, o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

IV – DEFICIÊNCIA MENTAL: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comunicação | <input type="checkbox"/> Cuidado pessoal | <input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas |
| <input type="checkbox"/> Habilidades sociais | <input type="checkbox"/> Lazer | <input type="checkbox"/> Saúde e segurança |
| <input type="checkbox"/> Trabalho | <input type="checkbox"/> Utilização dos recursos da comunidade | |

V – DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências.

VI- CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):

VII- DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA (o médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças):

VIII - TEMPO ADICIONAL (se, em razão da deficiência, o candidato necessitar de tempo adicional para fazer a prova, o especialista da área de sua deficiência deverá expressar claramente abaixo essa informação com a respectiva justificativa).

_____, ____/____/____.
Local data

Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)
(ou anexar laudo médico específico original atualizado)

Assinatura do(a) candidato(a)