

**PROCESSO SELETIVO 2020/1, CÂMPUS DE FORMOSA**

**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 **20 de novembro 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 de Formosa, 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 DE FORMOSA

### 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 **20 de novembro 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 de Formosa, 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"/> Tri paresia                                    | <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)**