



## ANEXO IV

### REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

O candidato deverá enviar este Requerimento de Atendimento Especial e o Laudo Médico, juntamente com a cópia do documento de identificação, exclusivamente via e-mail em arquivo único no formato PDF, sendo que somente serão considerados aqueles cujo envio seja efetuado até a data limite descrita em edital, para o seguinte endereço de e-mail: [copeve@unirv.edu.br](mailto:copeve@unirv.edu.br)

**Obs.: Todos os dados e documentos solicitados deverão estar de acordo com o 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) \_\_\_\_\_, com o número de inscrição  
\_\_\_\_\_ deste **Processo Seletivo (Vestibular)**, 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)

Para uso do protocolo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_  
data e hora do recebimento

\_\_\_\_\_  
recebido por



**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, ledor 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.



## 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 e-mail em arquivo único no formato PDF, sendo que somente serão considerados aqueles cujo envio seja efetuado até a data limite descrito em edital, para o seguinte endereço de e-mail: [copeve@unirv.edu.br](mailto:copeve@unirv.edu.br)

Obs.: Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos, **conforme 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 do item 5 ao 9)**

O(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade nº. \_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_, telefone (s) \_\_\_\_\_, com o número de inscrição \_\_\_\_\_ deste **Processo Seletivo (Vestibular)**, 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"/> Triparésia                                     | <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:**

- ( ) Comunicação
- ( ) Cuidado pessoal
- ( ) Habilidades acadêmicas
- ( ) Habilidades sociais
- ( ) Lazer
- ( ) Saúde e segurança
- ( ) Trabalho
- ( ) Utilização dos recursos da comunidade

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


**( ) VI - 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).




**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):


**CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):**


\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local data

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

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) candidato(a)**