**ANEXO V**

**REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL E LAUDO MÉDICO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_portador(a) do documento de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com o número de inscrição: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** deste **Processo Seletivo (Transferência Externa de Medicina)**, venho requerer atendimento especial para realizar as provas do referido processo seletivo, conforme as informações prestadas a seguir**.**

**ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:**

**Motivo:** Escolher um item. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acometido por:** Escolher um item. 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.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a)

**LAUDO MÉDICO (modelo)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO PARA LAUDO MÉDICO** | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE** | | | | | |
| Nome completo: | | | | **NO. INSCRIÇÃO:** | |
| CPF: | Cédula de Identidade: | | | | |
| E-mail: | | | | Data de Nascimento: | |
| **LAUDO MÉDICO (Preenchimento restrito ao Médico)** | | | | | |
| Atesto, para a finalidade de atendimento especial, que o(a) candidato(a) acima mencionado, portador(a) do documento de identidade e CPF também citados anteriormente neste documento, inscrito neste Processo Seletivo (Transferência Externa) da Universidade de Rio Verde - UniRV, foi submetido(a) nesta data a exame clínico, sendo identificada a existência da deficiência abaixo assinalada, em conformidade com o Decreto Federal n° 3.298 de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores. | | | | | |
| **Tipo de Deficiência:** | | | | | **Grau de Deficiência:** |
| ( ) Deficiência Auditiva ( ) Deficiência Múltiplas  ( ) Deficiência Física ( ) Deficiência Intelectual  ( ) Deficiências Visual  ( ) Outras. Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Código Internacional de Doenças – CID- 10 - (OBS: Preencher com tantos códigos quanto sejam necessários): | | | ( ) Leve  ( ) Moderado  ( ) Grave |
| **Descrição Clínica Detalhada da Deficiência:** | | | | | |
| **Provável Causa da Deficiência (quando for o caso):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Área e/ou Funções afetadas (quando for o caso):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Limitações Funcionais:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DESTE LAUDO** | | | | | |
| **Nome completo:** | | | **Especialidade:** | | |
| **Cidade e Data:**  Assinatura do médico | | | **Carimbo e Registro no CRM:** | | |
| **ATENÇÃO CANDIDATO!** | | | | | |
| Apresentar, juntamente com este laudo, os seguintes exames, com relatório médico, para comprovação da deficiência:   * Deficiência Auditiva: exame de audiometria; * Deficiência Visual: exame oftalmológico; * Deficiência Física: exames de imagem ou outros que comprovem a deficiência; * Deficiências Múltiplas: exames que comprovem as deficiências, conforme as áreas afetadas; * Deficiência Intelectual: exames ou outros que comprovem a deficiência. | | | | | |