**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.
 |