## ANEXO VII - EDITAL 030/2023-PROPPG

**REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO**

**(Antes de preencher este documento é imprescindível a leitura do Edital).**

|  |
| --- |
| Nome do/a Candidato/a: |
| Curso: |
| Câmpus (cidade): |
| Fone: ( ) | Celular: ( ) |
| E-mail: |

ASSINALE A SEGUIR O TIPO DE DEFICIÊNCIA DO/A CANDIDATO/A:

I - Atendimento ESPECIALIZADO:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Autismo Infantil | ( ) Deficiência Múltipla | ( ) Surdez |
| ( ) Baixa visão | ( ) Discalculia | ( )Surdocegueira |
| ( ) Cegueira | ( ) Dislexia | ( ) Altas Habilidades/ Superdotação – AH/SD |
| ( ) Deficiência auditiva | ( ) Síndrome de Asperger | ( ) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH |
| ( ) Deficiência Física | ( ) Síndrome de Down | ( ) Transtorno Desintegrativo da Infância - TDI |
| ( ) Deficiência Intelectual | ( ) Síndrome de Rett | ( ) Transtorno do Espectro Autista – TEA |
| ( ) Deficiência Mental | ( ) Outras necessidades específicas. Especifique: |

II - Atendimento ESPECÍFICO:

( ) Lactante

( ) Gestante

III - ASSINALE QUAL O AUXÍLIO OU RECURSO NECESSÁRIO:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Auxílio para leitura | ( ) Prova em braile | ( ) Sala de fácil acesso |
| ( ) Auxílio para transcrição | ( ) Local para amamentar durante a realização da prova | ( ) Tradutor-intérprete de Língua Brasileira de Sinais (Libras) |
| ( ) Prova ampliada | ( ) Mobília especial – especificar mobília: | ( ) Outros. Especifique: |

VI- 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). Quando couber, apresentar a necessidade de hora adicional:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

 , / / Local Data

Assinatura, carimbo e CRM do/a médico/a

**(SOMENTE PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO)**

Assinatura do/a candidato/a