2º PROCESSO SELETIVO 2018/1, CURSOS TRADICIONAIS
CAMPUS RIO VERDE E CAIAPÔNIA

ANEXO II e III

REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS

O candidato deverá enviar, o original deste Requerimento de Condições Especiais e o Laudo Médico, exclusivamente via SEDEX, juntamente com a cópia do documento de identificação, até o dia **22 de janeiro de 2018,** para o seguinte endereço:

Universidade de Rio Verde
COPEVE-Comissão Permanente de Vestibular
Campus Universitário "Fazenda Fontes do Saber" s/n
Setor Universitário
Cx. Postal 104
Rio Verde Goiás/GO
CEP 75901-970

ou encaminhar diretamente no Setor de Atendimento do Campus I, Bloco Administrativo, Campus Universitário "Fazenda Fontes do Saber" s/n, Setor Universitário, Rio Verde, Goiás, **até o dia 24/01/2018.**

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 CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Eu, _____,
portador(a) do documento de identidade nº._____, CPF nº. _____,
telefone (s)_____, concorrendo ao **2º Processo Seletivo (Vestibular) 2018/1**, Câmpus Rio Verde e Caiapônia, venho requerer condições especiais 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?_____

CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo de condições necessárias: (espaço para amamentação, móvel especial para fazer as provas, prova ampliada, ledor de prova, aplicador para preencher o cartão-resposta, tempo adicional, etc):

Registre, se for o caso, as condições especiais necessárias:

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 Condições Especiais:

Universidade de Rio Verde
COPEVE-Comissão Permanente de Vestibular
Campus 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 **2º Processo Seletivo 2018/1** Câmpus Rio Verde e Caiapônia,, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto Federal n° 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*

( ) Paraplegia	( ) Paraparesia	( ) Monoplegia
( ) Monoparesia	( ) Tetraplegia	( ) Tetraparesia
( ) Triplegia	( ) Triparesia	( ) Hemiplegia
( ) Hemiparesia	( ) Amputação ou Ausência de Membro	
( ) Paralisia Cerebral	( ) Membros com Deformidade Congênita ou Adquirida	
( ) Ostomias	( ) 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- 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)