



PREENCHIMENTO DE OUTRO(S) PROFISSIONAL(IS) DA SAÚDE E/OU DA EDUCAÇÃO – informações complementares

(Ex: professor, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta etc.)

Modelo de formulário para solicitação de condição especial para realização das provas dos processos seletivos da Coperve

Este formulário é destinado para auxiliar outros profissionais da saúde e/ou educação a preencher as informações que considerarem necessárias na solicitação de condição especial para a realização dos seguintes processos seletivos, conforme a portaria 02/2024/COPERVE: Vestibular Unificado UFSC/IFSC 2024-2 (Edital 7/2024/COPERVE); Processo Seletivo EaD UFSC/2024 (Edital 6/2024/COPERVE) e Processo Seletivo para Pessoas Refugiadas, Solicitantes de Refúgio de baixa renda e Portadoras de Visto Humanitário UFSC/2024 (Edital 5/2024/COPERVE)

Sugerimos ler atentamente a portaria 02/2024/COPERVE, para mais informações.

IMPORTANTE:

- As cópias digitalizadas do laudo médico e demais documentos comprobatórios, submetidos no sistema de inscrição *on line*, devem estar completamente legíveis, sob pena de indeferimento do pedido de atendimento especial.
- Serão avaliadas somente as condições especiais solicitadas pelo(a) candidato(a), no formulário de inscrição *on line*.
- Obrigatório informar as características do(a) candidato(a) em questão sobre o diagnóstico/sintoma que justificam a solicitação de condição especial para a realização das provas. Laudos médicos e demais documentos comprobatórios contendo apenas a descrição teórica (Ex: descrição de manuais, diretrizes, consensos, trabalhos científicos) da condição clínica não esclarecem a necessidade específica do(a) candidato(a) e não serão consideradas.
- O laudo médico é não obrigatório para solicitação de: autorização para amamentação e realizar prova no andar térreo. Basta apenas informar no formulário de inscrição *on line*

2. ESPAÇO PARA OUTRO(S) PROFISSIONAL(IS) DA SAÚDE E/OU DA EDUCAÇÃO - (Ex: professor, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta etc.)

Nome completo do(a) candidato(a):

2.1 Espaço para informações complementares

a) Descrição da(s) barreira(s) e/ou dificuldade(s) que o candidato pode apresentar durante a realização de provas de acordo com a condição clínica:

b) Descrição dos recursos e/ou estratégias que podem contribuir na garantia de acessibilidade do candidato para a realização da prova:

Nome completo do(a) profissional:

Especialidade:

(Se houver) Registro do seu Conselho Regional:

Data e Assinatura ou Assinatura Digital Autenticada do(a) Profissional:

____/____/____

1.3 Especificação das barreiras e/ou limitações enfrentadas pelo(a) candidato(a) e adaptações necessárias devido à deficiência ou outra condição que justifique a solicitação da condição especial:

1.4 Código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e/ou Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e/ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5):

1.5 Candidato(a) com TDAH e/ou TEA informar, também:

a) Data de diagnóstico:

b) Tratamento atual:

c) Tempo de acompanhamento com o(a) médico(a) atual:

Nome completo do(a) profissional, especialidade, registro no Conselho Regional de Medicina - CRM:

Data:

**Espaço para Carimbo e Assinatura ou Assinatura Digital
Autenticada do(a) Profissional.**
