

ANEXO II
REQUERIMENTO PARA CANDIDATO COM NECESSIDADE ESPECIAL

Ilmo. Sr.

Coordenador da COREME/UniEVANGÉLICA

Eu, _____,

candidato(a) ao **PROCESSO DE SELEÇÃO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA (UniEVANGÉLICA) 2020**, inscrição n. _____, venho requerer condição especial para fazer as provas, para a qual apresentarei comprovação médica, conforme estabelecido no edital e regulamento deste vestibular.

RECURSO(S) NECESSÁRIO(S) PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO:

- Auxílio para leitura
- Auxílio para transcrição
- Leitura labial
- Prova ampliada (Fonte tamanho 24 e figuras ampliadas)
- Sala de fácil acesso e/ ou mobiliário acessível
- Tradutor-Interprete de Língua Brasileiras de Sinais (Libras)
- Outros recursos: _____

RECURSO(S) PARA ATENDIMENTO ESPECÍFICO (ACIDENTADO, OPERADO E OUTROS). Registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

- Acidentado
- Pós-cirúrgico
- Acometido por doença. Qual? _____
- Outro caso. Qual? _____

Observação: Anexar atestado médico.

REGISTRO PARA CANDIDATA LACTANTE

- Amamentação

Nome completo do ACOMPANHANTE do bebê _____

Nº do documento de identificação _____ Órgão expedidor/ UF _____

Observação: Anexar neste requerimento cópia do documento de identidade.

No dia da prova o(a) acompanhante deverá:

1. apresentar o original do documento de identidade
2. levar para sala de amamentação somente os materiais de uso da criança;
3. seguir as normas de acesso ao local de provas estabelecidos no edital deste processo seletivo.

_____, ____/____/____
Local Data

Assinatura do(a) candidato(a)

Laudo médico (para candidato com deficiência)

O (a) candidato _____,
inscrição n. _____, portador(a) do documento de identificação n. _____,
órgão expedidor/ UF _____, CPF: _____, Telefone(s): _____
_____, concorrendo ao PROCESSO SE SELEÇÃO PARA INGRESSO NOS
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2020, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo
identificada a existência de deficiência de conformidade com a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 e
suas alterações posteriores.

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência do candidato:

() I – DEFICIÊNCIA FÍSICA*

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Paraplegia | <input type="checkbox"/> Hemiplegia |
| <input type="checkbox"/> Paraparesia | <input type="checkbox"/> Hemiparesia |
| <input type="checkbox"/> Monoplegia | <input type="checkbox"/> Amputação ou ausência de Membro |
| <input type="checkbox"/> Monoparesia | <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Tetraplegia | <input type="checkbox"/> Membros com Deformidade Congênita ou Adquirida |
| <input type="checkbox"/> Tetraparesia | <input type="checkbox"/> Ostomia |
| <input type="checkbox"/> Triplegia | <input type="checkbox"/> Nanismo |
| <input type="checkbox"/> Triparesia | |

***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 50 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 o 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 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, realizados 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 adaptadas, tais como:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comunicação | <input type="checkbox"/> Saúde e segurança |
| <input type="checkbox"/> Cuidado pessoal | <input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas |
| <input type="checkbox"/> Habilidades sociais | <input type="checkbox"/> Lazer |
| <input type="checkbox"/> Utilização dos recursos da comunicação | <input type="checkbox"/> Trabalho |

() **V – DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências**
CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):

DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA (o médico deverá descrever a espécie e o grau ou nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças):

Descrição detalhada e justificada da condição especial necessário, indicada pelo médico responsável pelo laudo.

_____, ____/____/____.
Local Data

Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)