



## Relatório oficial para emissão e solicitação de prova especial para candidatos com deficiência no Vestibular UNICAMP 2019

### CANDIDATO

Nome completo:

RG:

Curso de 1ª opção:

Endereço completo:

Cidade:

UF:

Telefone: (    )

E-mail:

### RECURSOS SOLICITADOS PELO CANDIDATO (pintar o quadrado correspondente)

prova em Braille

fonte de texto ampliada:     18     24     28

intérprete de Libras

mobiliário adaptado (especifique abaixo, no item outros recursos e necessidades)

ledor

transcritor

computador

tempo adicional

outros recursos e necessidades, especifique detalhadamente:

---

---

---

---

---

---

**RELATÓRIO**

**Orientações sobre o Relatório que deverá:**

- a)** Conter datas, desenvolvimento, evolução da doença e/ou deficiência;
- b)** Ser emitido, no máximo, com data de 2018, por um especialista na área;
- c)** Conter a descrição da deficiência e o Código Internacional de Doenças (CID) ou Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), referente à deficiência ou à condição específica devidamente detalhada e fundamentada pelo profissional;
- d)** Conter a indicação das condições especiais necessárias para a realização da prova devidamente fundamentada pelos profissionais;
- e)** Ser preenchido com letra legível, pelo especialista na área, e conter sua assinatura e carimbo, com o respectivo registro no CRM e/ou no conselho de classe, sob pena de ser considerado documento inválido;
- f)** Escrever (no campo específico do relatório) os recursos necessários segundo avaliação profissional;
- g)** Anexar documentos, caso necessário.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**RECURSO(S) NECESSÁRIO(S) PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do profissional:

**HÁ DOCUMENTOS ANEXADOS?**

( ) Não ( ) Sim, quais:

---

---

---

---

---

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome completo:

Inscrição no Conselho Profissional:

UF:

Especialidade:

Endereço completo:

Cidade:

UF:

Telefone: ( )

E-mail:

Tenho ciência de que o(a) candidato(a) poderá ser avaliado(a) por equipe multiprofissional e interdisciplinar e que, a critério da avaliação desta equipe, o(a) candidato(a) poderá ser desclassificado(a) se os recursos específicos solicitados não forem considerados pertinentes. Tenho também ciência de que poderei ser solicitado a prestar esclarecimentos sobre este relatório após a realização das provas e que o(a) candidato (a) poderá ser desclassificado(a) do concurso caso tal equipe não concorde com a indicação das necessidades solicitadas.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do profissional:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura candidato: