



PREENCHIMENTO DO(A) MÉDICO(A)

Modelo de formulário para solicitação de condição especial para realização da prova

Este formulário é destinado para auxiliar o(a) profissional da saúde a preencher as informações necessárias de solicitação de condição especial para a realização do Processo Seletivo para Pessoas Refugiadas, Solicitantes de Refúgio de baixa renda e Portadoras de Visto Humanitário UFSC/2025 (Edital 06/2026/COPERVE), conforme a portaria 01/2026/COPERVE:

Sugerimos ler atentamente a portaria 01/2026/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. Descrição teórica (Ex: descrição de manuais, diretrizes, consensos, trabalhos científicos) da condição clínica não esclarece 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*

1. ESPAÇO PARA O(A) MÉDICO(A)

Nome completo do(a) candidato(a):

1.1 Registre a deficiência ou condição que justifique a solicitação de condição especial:

☐	Física		
☐	Auditiva		
☐	Visual		
☐	Mental/intelectual		
☐	Transtorno do Espectro Autista:	Nível de suporte:	☐ Nível 1 ☐ Nível 2 ☐ Nível 3
☐	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH		
☐	Múltipla:		
☐	Outras:		

1.2 Descrição detalhada da deficiência e/ou do quadro clínico do candidato que justifique a solicitação de condição especial para realização da prova:

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.**
