



Formulário de Documentação Comprobatória de Condições Especiais Específicas

Prezada/Prezado,

Solicitamos o preenchimento deste documento comprobatório de condições específicas de acordo com o quadro clínico e limitações de sua(seu) paciente, a fim de propiciar condições adequadas para realização das provas.

1. Breve descrição da condição clínica da(o) paciente

Descrever ano/período de início do quadro, se é uma condição temporária ou permanente, evolução e condição clínica atual da(o) paciente, com as limitações que ela(ele) apresenta.

2. Diagnóstico (CID) e (CIF)

Descrever o diagnóstico da(o) paciente segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) e, se adequado à condição, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

3. Recursos adicionais necessários para a realização da prova

Neste item, devem ser indicados todos os recursos de que a(o) paciente efetivamente necessita para a realização das provas, dentre aqueles autorizados pela FUVEST.

Lista de recursos disponíveis pela FUVEST e outros de uso próprio:

- Intérprete de LIBRAS (exclusivamente para anunciar as instruções fornecidas pelo fiscal)
- Ledor (auxílio para ler as questões da prova)
- Leitura labial (exclusivamente para anunciar as instruções fornecidas pelo fiscal)
- Local plano (sem escadas)
- Mesa ao invés de carteira
- Prova ampliada em papel A3 (somente caderno de provas)
- Prova adaptada para pessoas cegas
- Prova em preto e branco
- Tempo adicional
- Transcritor (auxílio para a transcrição de respostas)
- Uso de protetor auricular interno
- Uso de aparelho contínuo de infusão de insulina e/ou medição de glicose
- Uso de aparelho auditivo próprio
- Uso de assento ortopédico próprio
- Uso de cadeira de rodas própria
- Uso de materiais próprios para transtorno da visão
- Uso de materiais próprios para extração de leite materno
- Uso de muletas próprias
- Uso de suplemento de O₂ próprio
- Uso de banheiro com maior frequência

Observação: O tempo adicional pode ser concedido para amamentação de lactentes de até seis meses de idade, desde que comprovado que a condição da candidata no dia da prova é de lactante.

4. Lista de exames complementares

Caso exista algum exame ou teste que seja importante para a comprovação do quadro clínico da(o) paciente e da necessidade dos recursos adicionais, o exame ou teste deve ser listado neste tópico e a documentação correspondente pode ser adicionada aos anexos.

Observação: A FUVEST adota medidas de segurança técnicas, físicas e organizacionais, em atendimento à LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados), para a proteção dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis tratados, priorizando o acesso restrito aos profissionais responsáveis pela utilização dos dados.





Formulário de Documentação Comprobatória de Condições Especiais Específicas

1. Breve descrição da condição clínica

2. Diagnóstico (CID) e (CIF)

CID:

CIF:

3. Recursos adicionais necessários para realização da prova

4. Lista de exames complementares em anexo (opcional)

Nome completo da(o) candidata(o)

CPF da(o) candidata(o)

Nome completo da(o) profissional de saúde

Categoria profissional

Número do registro no Conselho Profissional

Assinatura e carimbo

Data

