



## Instruções

Prezado Doutor,

Solicitamos o preenchimento do documento comprobatório de condições médicas de acordo com o quadro clínico e limitações de seu paciente, a fim de propiciar condições adequadas para realização das provas.

### 1. Breve descrição da condição clínica

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

### 2. Diagnóstico (CID) e (CIF)

Descrever o diagnóstico do paciente de acordo com a classificação internacional de doenças (CID) e, se adequado à doença, a classificação internacional de funcionalidade (CIF).

### 3. Recursos adicionais necessários para a realização da prova

Neste item, devem ser descritos todos os recursos que o paciente efetivamente necessita para a realização das provas, dentre aqueles oferecidos pela FUVEST.

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

- Intérprete de LIBRAS
- Ledor (auxílio para ler as questões da prova)
- Leitura labial
- Local plano
- Mesa ao invés de carteira
- Prova ampliada (Fonte Calibri, tamanho 18)
- Prova ampliada (Fonte Calibri, tamanho 24)
- Prova em braille
- Prova em preto e branco
- Tempo adicional
- Transcritor (auxílio para a transcrição de respostas)
- Uso de aparelho contínuo de infusão de insulina e/ou medição de glicose
- Uso de aparelho de surdez próprio
- Uso de assento ortopédico próprio
- Uso de cadeira de rodas própria
- Uso de materiais próprios para transtorno da visão
- Uso de muletas próprias
- Uso de O<sub>2</sub> próprio

**Obs.:** O tempo adicional pode ser concedido para amamentação de lactentes de até 6 meses de idade, desde que comprovado de 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 do paciente e da necessidade dos recursos adicionais, o exame ou teste pode ser adicionado aos anexos e a necessidade deve ser listada neste tópico.

**1. Breve descrição da condição clínica**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Diagnóstico (CID) e (CIF)**

---

---

---

---

**3. Recursos adicionais necessários para realização da prova**

---

---

---

---

**4. Lista de exames complementares em anexo (opcional)**

---

---

---

---

Declaro que o paciente acima citado foi por mim avaliado e que as informações prestadas são verídicas, bem como fui autorizado pelo paciente a divulgá-las, de acordo com os princípios fundamentais da medicina e do Código de Ética Médica.

---

Nome completo do candidato

---

CPF do candidato

---

Nome completo do médico

---

Assinatura e carimbo

---

CRM

---

Data