

**FUNDAÇÃO UNIRG – UNIVERSIDADE DE GURUPI – UNIRG
REITORIA
COMISSÃO PERMANENTE DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS**

EDITAL CPRD/REVALIDAÇÃO Nº 01/2021

**PROCESSO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS DE GRADUAÇÃO EM
MEDICINA EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO ESTRANGEIRAS**

Aprovado conforme Resolução CONSUP/UnirG nº 064/2021, de 22 de novembro de 2021

ANEXO IV

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÃO ESPECIAL PARA
REALIZAR A PROVA**

À COMISSÃO PERMANENTE DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS

Eu, _____,
de nacionalidade _____, estado civil _____, portador do
CPF nº _____ e do RG nº _____ emitido por _____
ou RNE nº _____ validade _____ endereço
de e-mail: _____, nº de telefone _____,
venho por meio deste **requerer atendimento especial para realizar:** [] **Prova Teórica;**
[] **Prova Prática de Habilidades Clínicas**, da 2ª Etapa do Processo de Revalidação de
Diplomas que trata o Edital CPRD/REVALIDAÇÃO Nº 01/2021, considerando o seguinte:

TIPO DE DEFICIÊNCIA	ATENDIMENTO SOLICITADO
VISUAL	<input type="checkbox"/> Prova ampliada ;
	<input type="checkbox"/> Auxílio de leitor;
	<input type="checkbox"/> Auxílio de transcritor;
	<input type="checkbox"/> Outros: especificar no espaço reservado à observações.
AUDITIVA	<input type="checkbox"/> Permissão para uso do aparelho auditivo;
	<input type="checkbox"/> Intérprete de Libras;
	<input type="checkbox"/> Outros: especificar no espaço reservado a observações.
FÍSICA/MOTORA (especifique o tipo)	<input type="checkbox"/> Auxílio de fiscal para transcrever as respostas das questões para o cartão de respostas;
	<input type="checkbox"/> Apoio para perna;
	<input type="checkbox"/> Mesa para cadeira de rodas ou limitações físicas;
	<input type="checkbox"/> Mesa e cadeira separadas (gravidez de risco ou obesidade);
	<input type="checkbox"/> Rampa de acesso ao local de provas
	<input type="checkbox"/> Sala individual (candidato com doença contagiosas/outras);
<input type="checkbox"/> Sala em local de fácil acesso (dificuldade de locomoção);	

	<input type="checkbox"/> Outros: especificar no espaço reservado à observações.
TEMPORARIAMENTE COM PROBLEMAS GRAVE DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> Acidentado;
	<input type="checkbox"/> Pós-cirúrgico;
	<input type="checkbox"/> Acometido por doença. Qual?
CANDIDATA LACTANTE	Data do nascimento da criança:
	Nome do acompanhante:
	Documento de identificação do acompanhante:
OBSERVAÇÕES:	

Local: _____, data: _____.

Assinatura do(a) candidato(a)