



## **PREENCHIMENTO DE OUTRO(S) PROFISSIONAL(IS) DA SAÚDE E/OU DA EDUCAÇÃO – informações complementares**

(Ex: professor, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc.)

### **Modelo de formulário para solicitação de condição especial para realização das provas dos processos seletivos da Coperve**

Este formulário é destinado para auxiliar outros profissionais da saúde e/ou educação a preencher as informações que considerarem necessárias na solicitação de condição especial para a realização dos seguintes processos seletivos, conforme a portaria 04/2025/COPERVE: Vestibular Unificado UFSC/IFSC/IFC 2026 (Edital 08/2025/Coperve); Vestibular Letras-Libras UFSC e Pedagogia Bilíngue Libras – Português IFSC 2026 (Edital 09/2025/Coperve); Vestibular Educação do Campo UFSC e Pedagogia – Ênfase em Educação do Campo IFC 2026 (Edital nº 10/2025/COPERVE) e; Processo Seletivo Vagas Suplementares Indígenas, Quilombolas, PCD e Pessoas Trans (Edital nº 11/2025/COPERVE):

Sugerimos ler atentamente a portaria 04/2025/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. Laudos médicos e demais documentos comprobatórios contendo apenas a descrição teórica (Ex: descrição de manuais, diretrizes, consensos, trabalhos científicos) da condição clínica não esclarecem 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 OUTRO(S) PROFISSIONAL(IS) DA SAÚDE E/OU DA EDUCAÇÃO - (Ex: professor, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta etc.)**

Nome completo do(a) candidato(a):

**1.1 Espaço para informações complementares**

a) Descrição da(s) barreira(s) e/ou dificuldade(s) que o candidato pode apresentar durante a realização de provas de acordo com a condição clínica:

b) Descrição dos recursos e/ou estratégias que podem contribuir na garantia de acessibilidade do candidato para a realização da prova:

Nome completo do(a) profissional:

Especialidade:

(Se houver) Registro do seu Conselho Regional:

**Data e Assinatura ou Assinatura Digital Autenticada do(a) Profissional:**

\_\_\_\_\_

/  /