| INSCRIÇÃO Nº: | NOME DO CANDIDATO: |
| --- | --- |

| CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID): |
| --- |

| DETALHAMENTO DA DEFICIÊNCIA: |
| --- |

| HISTÓRICO DE ACOMPANHAMENTO: (data de início do acompanhamento, datas de consultas) |
| --- |
| ATENDIMENTO DIFERENCIADO NECESSÁRIO DURANTE O VESTIBULAR: |

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico especialista