|  |  |
| --- | --- |
| 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