**EDITAL DE SELEÇÃO 03/2021**

FOTO 3X4

(Atual e Colorida)

**ANEXO G**

**MODELO RELATÓRIO DE DESCRITIVO DE FUNCIONALIDADE**

(Este formulário deverá ser preenchido pelo profissional de saúde que emitir os laudos médicos)

|  |
| --- |
| **Identificação:** |

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Deficiência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Permanente ( ) Transitória ( )

|  |
| --- |
| **Descrição Funcional:** |

Possibilidades de realizar atividades relacionadas às dimensões de acessibilidade:

|  |
| --- |
| **Arquitetônica:** |

Mobiliário;

Sinalização;

Adaptação de espaço;

Outros

|  |
| --- |
| **Comunicacional:** |

( ) Sistema de leitura/escrita;

( ) Prova ampliada;

( ) Leitura Labial;

( ) Tradutor/intérprete de Libras;

( ) Braile;

( ) Libras tátil;

( ) Ledor;

( ) Transcrição;

( ) Guia-intérprete;

( ) Outras Tecnologias Assistiva.

|  |
| --- |
| **Complementar:** |

Demais informações que o profissional julgar relevante