



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas  
Comissão de Aferição de Autodeclaração  
**ANEXO F**

**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:**

- |                                                        |                                                       |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sistema de leitura/escrita    | <input type="checkbox"/> Ledor                        |
| <input type="checkbox"/> Prova ampliada                | <input type="checkbox"/> Transcrição                  |
| <input type="checkbox"/> Leitura Labial                | <input type="checkbox"/> Guia-intérprete              |
| <input type="checkbox"/> Tradutor/intérprete de Libras | <input type="checkbox"/> Outras Tecnologias Assistiva |
| <input type="checkbox"/> Braile                        |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Libras tátil                  |                                                       |

**Complementar**

Demais informações que o profissional julgar relevante