FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO PARA ACADÊMICOS COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER O SEU FORMULÁRIO

Esta ação do NAD – Núcleo de Apoio ao Discente da FAMP – Faculdade Morgana Potrich visa oferecer aos acadêmicos dos cursos de graduação que necessitam de atendimento educacional especializado por necessidades específicas para melhor desempenho acadêmico e facilitar o processo de ensino-aprendizagem.

ATENÇÃO!

O(a) acadêmico(a) poderá solicitar o atendimento especializado, durante todo semestre letivo, a partir do preenchimento do FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO EDUCACIONALIZADO ESPECIALIZADO PARA ACADÊMICOS COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS junto com o RELATÓRIO MÉDICO e entregar na Secretaria Acadêmica, situada no andar térreo no Campus IV, ou na Coordenação do NAD – Núcleo de Apoio ao Discente, situada na Sala 02, Campus III.

A análise e parecer de solicitação de atendimento educacional especializado serão realizados pelo NAD – Núcleo de Apoio ao Discente, Coordenação de curso no qual o aluno está matriculado e Diretoria Acadêmica.

No Formulário de atendimento educacional especializado para acadêmicos com necessidades específicas deverão ser especificadas e indicadas as condições necessárias para seu desenvolvimento acadêmico. Caso não conste a indicação da solicitação desejada para o atendimento, a FAMP poderá indicar o atendimento mediante a documentação apresentada.

No Relatório Médico deverá:

1. Ser emitido por um especialista ou por uma equipe multidisciplinar da área:
1. Ser em papel timbrado e ser original.
2. Ser assinado e carimbado especialista ou por uma equipe multidisciplinar da área.
3. Estar datado há menos de 01 (um) ano.
4. Constar diagnóstico do paciente (acadêmico), com o Código Internacional da Doença CID-10 ou Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), com descrição detalhada da deficiência ou à condição específica.
5. Constar os exames complementares e resultados, conduta terapêutica, prognóstico.
6. Constar as áreas afetadas, funções afetadas, consequências cognitivas, de aprendizagem e à saúde pela deficiência ou à condição específica.
7. Constar a indicação de intervenção para o atendimento educacional especializado devidamente fundamentada pelos profissionais.

As solicitações para o Atendimento Educacional Especializado serão atendidas segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade e em conformidade com as normas estabelecidas pela FAMP.

IMPORTANTE!!

✓ O Atendimento educacional especializado para necessidades específicas é mediante o interesse e formalização da solicitação pelo acadêmico ou responsável legal.

✓ A FAMP terá 15 (quinze) dias úteis para análise e parecer da solicitação de atendimento educacional especializado ao acadêmico ou responsável legal solicitante.

✓ A vigência do deferimento da solicitação de atendimento educacional especializado começará a vigorar a partir da data de emissão do parecer FAMP e não serão contemplados casos retroativos a esta data.

✓ As solicitações com formulário preenchidos incorretamente ou incompleto, relatório médico inconclusivo e/ou que não atendam algumas das especificações acima, não serão analisadas até a adequação do documento. O acadêmico será notificado através do e-mail informado neste formulário e terá o prazo de 30 (trinta) dias para regularização. Se após esse prazo mantiver a irregularidade, a solicitação será indeferida por ausência de informações para análise.

PREENCHA CORRETAMENTE O FORMULÁRIO E ENTREGUE-O JUNTAMENTE COM O RELATÓRIO MÉDICO PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO(A) EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO PARA ACADÊMICOS COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS

À

COORDENAÇÃO DO NAD – NÚCLEO DE APOIO AO DISCENTE DA FAMP – FACULDADE MORGANA POTRICH

Eu, _____,
acadêmico(a) do curso de graduação em _____ da FAMP – Faculdade Morgana Potrich, número de matrícula _____, venho requerer a V.Sª atendimento educacional especializado para desenvolver minhas atividades acadêmicas nesta instituição de ensino superior, conforme as informações prestadas a seguir.

Telefone para contato do acadêmico(a): (_____) _____

E-mail do acadêmico(a):_____

Período do acadêmico(a): _____

Mineiros – GO, _____/_____/_____.

_____
Assinatura do(a) acadêmico(a) requerente

Se o(a) acadêmico(a) requerente for menor de idade, o(a) responsável legal deverá informar os dados abaixo e assinar.

Nome completo do(a) responsável:_____

RG:_____ Orgão emissor:_____ CPF:_____

Telefone para contato: (_____) _____

E-mail:_____

_____
Assinatura do(a) responsável legal

ASSINALE ABAIXO O(S) MOTIVO(S) DA SOLICITAÇÃO

1. DEFICIÊNCIA:

1.1 Auditiva ( )
1.2 Física ( )
1.3 Paralisia Cerebral ( )
1.4 Mental ( )
1.5 Motora ( )
1.6 Visual ( )
1.7 Sensorial ( )
1.8 Intelectual ( )

2. TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM ( )
3. TDAH – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE) ( )
4. TDA – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO) ( )
5. TEA – TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO ( )
6. SÍNDROME DE ASPERG ( )
7. SÍNDROME DE RETT ( )
8. TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA ( )
9. ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTADOS ( )
10. OUTROS MOTIVOS (Acadêmico(a) temporariamente com problemas graves de saúde – acidentado, pós-operatório, outro caso) ( )

ACADÊMICO(A) INFORME AS CONDIÇÕES NECESSÁRIA(S) PARA O SEU ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

_____

_____

_____

_____

_____

ANEXE A ESTE FORMULÁRIO O RELATÓRIO MÉDICO.