

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte
Sala 213, Bloco IV, Câmpus de Palmas | 77001-090 | Palmas/TO
(63) 3229-4032 | www.uft.edu.br/prograd | prograd@uft.edu.br



FICHA CADASTRAL COMPLEMENTAR
- ATENDIMENTO ESPECIALIZADO -

IDENTIFICAÇÃO

NOME COMPLETO:

CURSO:

CAMPUS:

Caso tenha declarado possuir algum tipo de **deficiência, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação** na Ficha Cadastral do Aluno, informe abaixo o tipo:

ESPECIFICAÇÕES

Cegueira	
Surdez	
Deficiência Física	
Deficiências Múltiplas	
Auditiva	
Surdocegueira	
Autismo	
Síndrome de RETT	
Altas habilidades/superdotação	
Deficiência Intelectual	
Síndrome de Asperger	
Transtorno Desintegrativo da Infância	
Visão subnormal ou Baixa visão	
OUTROS: (Descreva aqui)	

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte
Sala 213, Bloco IV, Câmpus de Palmas | 77001-090 | Palmas/TO
(63) 3229-4032 | www.uft.edu.br/prograd | prograd@uft.edu.br



RECURSOS/APOIOS NECESSÁRIOS

Não necessito de apoio ou recursos especializados	
Entrega do conteúdo das aulas com antecedência	
Tradutor/Intérprete de Libras	
Correção diferenciada de atividades acadêmicas	
Materiais ampliados (Defina tamanho)	
Auxílios ópticos (Defina quais)	
Materiais em Braille.	
Tempo ampliado para a realização de avaliações ou provas.	
Aplicador Ledor/Redator.	
Avaliações no formato digital	
Gravação das aulas	
Mobiliários ou equipamentos adaptados.	
Eliminação de barreiras físicas ou arquitetônicas: Defina.	
Atividades domiciliares.	

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte
Sala 213, Bloco IV, Câmpus de Palmas | 77001-090 | Palmas/TO
(63) 3229-4032 | www.uft.edu.br/prograd | prograd@uft.edu.br



OUTRAS INFORMAÇÕES

Meu leitor de Telas para deficiência visual é	
Utilizo Cadeira de rodas	
Utilizo Muleta	
Preciso de Mesa Adaptada	
Faço Leitura Orofacial	
Utilizo Aparelho Auditivo () Bilateral () Direito () Esquerdo	
OUTRO – ESPECIFICAR:	

Reservado ao Programa de Inclusão: (se necessário)	
Reservado a Secretaria Acadêmica: (se necessário)	

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas e aceitar todas as normas regimentais da UFT.

_____/TO, ____ de _____ de _____.

Assinatura do/a aluno/a: _____