**ANEXO I – FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS.**

**ATENÇÃO: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER DEVIDAMENTE PREENCHIDO, ASSINADO, ESCANEADO E ENVIADO JUNTO COM O LAUDO MÉDICO (se foro o caso), CONFORME PREVISTO NO ITEM 3.5.5, DESTE EDITAL.**

O (A) candidato(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do n.º CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que concorre ao Edital nº 01/2018, do Processo Seletivo Público vem requerer: ( ) solicitação de atendimento especial no dia de aplicação de provas.

Nº da inscrição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Programa/Profissão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­.

|  |
| --- |
| **(Campo exclusivo para candidato com deficiência).**  Nessa ocasião, o(a) referido candidato(a) enviou o LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:  Tipo de deficiência que é portador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Código correspondente da (CID):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Nome e CRM do médico responsável pelo laudo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  O (a) candidato (a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no Diário Oficial da União*,*  de 03 de dezembro de 2004, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação por ocasião da realização da perícia médica. |

**REQUERIMENTO DE PROVA E/OU DE TRATAMENTO ESPECIAL (Candidato com deficiência ou não).**

Será necessário prova especial e/ou tratamento especial? Não Sim – marque o tipo de tratamento especial.

1. **Necessidades físicas e gerais:**

( ) Necessidade de amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê).

( ) Sala térrea ou com acesso facilitado para cadeirante (elevador).

( ) Sala individual (candidato com doença contagiosa/outras), especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

( ) Mesa para cadeira de rodas.

( ) Mesa para canhoto.

( ) Outros, especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. **Auxílio para preenchimento (dificuldade/impossibilidade de escrever):**

( ) Da grade de respostas da prova objetiva.

1. **Necessidades visuais (deficiente visual, ou com pessoa de baixa visão):**

( ) Auxílio na leitura da prova (ledor).

( ) Prova ampliada, FONTE – informar tamanho da fonte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

( ) Prova em Braille.

1. **Necessidade auditiva (perda total ou parcial da audição):**

( ) Intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato (a)