

ANEXO VIII DO EDITAL Nº 06, DE 02 DE ABRIL DE 2025.
REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL
IF GOIANO – CAMPUS RIO VERDE

Eu, [nome civil do(a) interessado(a)], portador(a) da Cédula de Identidade nº , expedida pelo [órgão expedidor e Estado], e CPF nº, inscrito(a) no Processo Seletivo Simplificado regido pelo Edital mencionado no título acima para o cargo de Professor(a) Substituto(a) – Área: [área que o(a) candidato(a) deseja concorrer], solicito, de acordo com laudo médico/documento comprobatório em anexo, atendimento especial no dia de aplicação das provas conforme a seguir (selecione com um “X” o tipo de prova e(ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

NECESSIDADES FÍSICAS	
	Sala térrea (dificuldade para locomoção)
	Sala individual (candidato com doença contagiosa/outras). Especificar a doença no campo apropriado, após a tabela.
	Mesa para cadeira de rodas
	Apoio para pernas
	Mesa e cadeira separadas
AUXÍLIO DE PREENCHIMENTO	
	Dificuldade/impossibilidade de escrever
	Da folha de respostas da prova objetiva
AUXÍLIO PARA LEITURA (LEDOR)	
	Dislexia
	Tetraplegia
NECESSIDADES VISUAIS (PESSOAS CEGAS OU COM BAIXA VISÃO)	
	Auxílio na leitura da prova (ledor)
	Prova em braille
	Prova ampliada (fonte entre 14 e 16)
	Prova superampliada (fonte 28)
NECESSIDADES AUDITIVAS (PESSOAS SURDAS OU COM PERDA PARCIAL DA AUDIÇÃO)	
	Intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)
	Leitura labial
	Uso de aparelho auditivo (mediante justificativa médica)
AMAMENTAÇÃO	
	Sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)
OUTROS	
	Tempo Adicional (mediante justificativa médica)
	Uso do nome social. Especificar o nome no campo apropriado, após a tabela.

Outros. Especificar a demanda no campo apropriado, após a tabela.
ESPECIFICAÇÕES

Nessa ocasião, apresento laudo médico com a respectiva Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

TIPO DE DEFICIÊNCIA QUE POSSUO
CID
NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO LAUDO
REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CRM) DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO LAUDO

[Empty rectangular box]

..... [Cidade e Estado], de de 202.....

.....
Assinatura do(a) requerente