



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO

**ANEXO VIII DO EDITAL Nº 17, DE 28 DE NOVEMBRO 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 o quadro abaixo (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). <b>Especificar a doença no campo apropriado, após a tabela.</b>
	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



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO

<b>NECESSIDADES VISUAIS (PESSOAS CEGAS OU COM BAIXA VISÃO)</b>	
	Auxílio na leitura da prova (leitor)
	Prova em braille
	Prova ampliada (fonte entre 14 e 16)
	Prova superampliada (fonte 28)
<b>NECESSIDADES AUDITIVAS (PESSOAS SURDAS OU COM PERDA PARCIAL DA AUDIÇÃO)</b>	
	Intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)
	Leitura labial
	Uso de aparelho auditivo (mediante justificativa médica)
<b>AMAMENTAÇÃO</b>	
	Sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)
<b>OUTROS</b>	
	Tempo Adicional (mediante justificativa médica)
	Uso do nome social. <b>Especificar o nome no campo apropriado, após a tabela.</b>
	Outros. <b>Especificar a demanda no campo apropriado, após a tabela.</b>
<b>ESPECIFICAÇÕES</b>	



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO

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

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

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

.....  
Assinatura do(a) requerente