

ANEXO X

EDITAL Nº 11 DE 02 DE MAIO DE 2024

REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

I. - IDENTIFICAÇÃO

NOME:	
ÁREA:	
Nº INSCRIÇÃO:	TELEFONE:
E-MAIL:	

II- ASSINALE A SEGUIR O TIPO DE DEFICIÊNCIA DO CANDIDATO(A):

I.- Atendimento ESPECIALIZADO:

Autismo

Baixa visão

Cegueira

Deficiência Auditiva

Deficiência Física

Deficiência Intelectual

Dislexia

Surdez

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH

Outras necessidades específicas. Especifique: _____

—

II. - Atendimento ESPECÍFICO:

Gestante

Lactante

III. -ASSINALE QUAL O AUXÍLIO OU RECURSO NECESSÁRIO:

Auxílio para leitura

Auxílio para transcrição

Prova ampliada

Prova em braile

Sala de fácil acesso

Outros - Especifique: _____

Tradutor - INTÉRPRETE DE LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS (LIBRAS)

Mobília especial - Especifique: _____

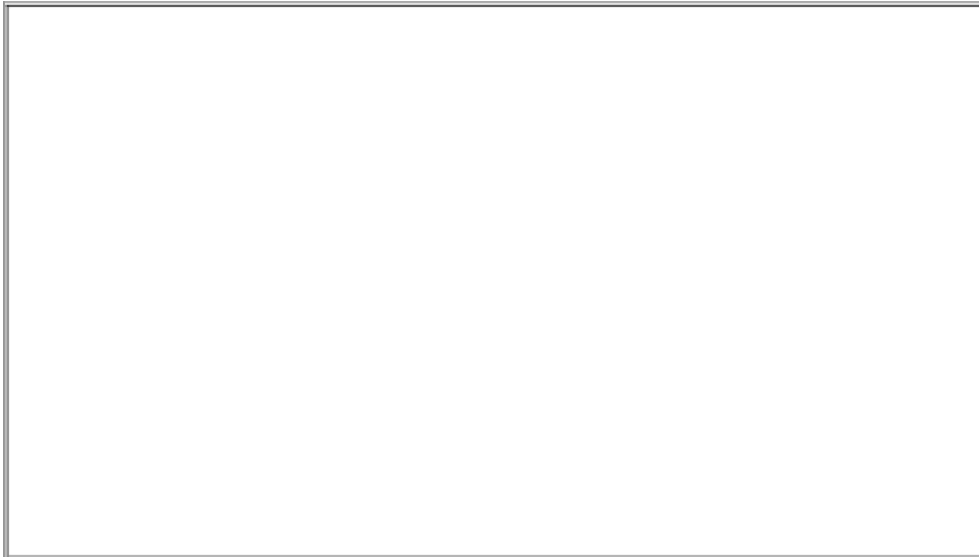
IV. - CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):

--

V-DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA

O médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças). Na impossibilidade de o médico descrever e assinar este requerimento, é preciso anexar o laudo médico (dos últimos 12 meses) junto a esse anexo.

Quando couber, apresentar a necessidade de hora adicional:



_____ de _____ 2024

Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)

(SOMENTE PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO)

Assinatura do(a) candidato(a)