**ANEXO X DO EDITAL Nº 13, DE 22 DE SETEMBRO DE 2025.**

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

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). 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 |
|  |

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

.........................................................................................

Assinatura do(a) requerente