

ANEXO X

EDITAL CAMPUS CRISTALINA Nº 09 DE 31 DE JULHO DE 2023

REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

I – IDENTIFICAÇÃO

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

II – ASSINALE A SEGUIR O TIPO DE DEFICIÊNCIA DO CANDIDATO:

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: _____

Local para amamentar (DURANTE A REALIZAÇÃO DA PROVA)

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 _____ 2023

Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)
(SOMENTE PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO)

Assinatura do(a) candidato(a)