

**ANEXO X**

**EDITAL CAMPUS CRISTALINA Nº 05 DE 27 DE MARÇO 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)