

**ANEXO VIII DO EDITAL Nº 03, DE 26 DE FEVEREIRO 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 a seguir (selecione com um “X” o tipo de prova e(ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

<b>NECESSIDADES FÍSICAS</b>	
	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
<b>AUXÍLIO DE PREENCHIMENTO</b>	
	Dificuldade/impossibilidade de escrever
	Da folha de respostas da prova objetiva
<b>AUXÍLIO PARA LEITURA (LEDOR)</b>	
	Dislexia
	Tetraplegia
<b>NECESSIDADES VISUAIS (PESSOAS CEGAS OU COM BAIXA VISÃO)</b>	
	Auxílio na leitura da prova (ledor)
	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>

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