



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Pró-Reitoria de Graduação
Diretoria de Processos Seletivos



REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL
PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER O SEU FORMULÁRIO

Este formulário destina-se aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas dos processos seletivos e/ou concursos realizado pela Diretoria de Processos Seletivos/UFU.

ATENÇÃO!

De acordo com o Edital, o(a) candidato(a) deverá preencher e encaminhar à UFU, durante o período de inscrição, RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO, DATADO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO E O REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS.

- No requerimento de solicitação de atendimento especial deverão ser especificadas e indicadas as condições necessárias para a realização das provas.
- O relatório e o requerimento poderão ser entregues por SEDEX ou enviados pessoalmente pelo(a) candidato(a) ou seu procurador(a) para o Setor de Atendimento ao Público da Diretoria de Processos Seletivos, Endereço: **Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Bloco 1A, Sala 111, Bairro Santa Mônica, CEP: 38.408-144**

O(a) candidato(a) que necessitar de condições especiais para realização da prova **após o período de inscrição**, deverá entregar este Requerimento pessoalmente, juntamente com o respectivo Relatório Médico, no Setor de Atendimento/DIRPS (endereço supracitado), **até às 16 horas do penúltimo dia útil antes da prova**. **Após o penúltimo dia útil antes da prova, somente serão recebidas as solicitações de atendimento especial de urgência**, referentes à necessidades especiais que não podem ser solicitadas com antecedência.

As solicitações do Requerimento de Atendimento Especial serão atendidas segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade.

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES, A SEGUIR, PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO(A) EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.



REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Ao
Diretor da DIRPS/UFU.

Eu, _____
 candidato(a) do **Edital** _____, portador(a) do documento de identificação nº _____
 _____, órgão expedidor: _____
 CPF: _____ Telefone(s) _____
 _____ venho requerer a V.S^a atendimento especial para
 realizar as provas, conforme as informações prestadas a seguir.

Local

data

Assinatura do(a) candidato(a)

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

1. **CANDIDATO(a) COM DEFICIÊNCIA:**
 Auditiva () Física () Paralisia Cerebral () Mental () Visual ()
 Outro tipo de deficiência () Especificar qual _____
2. **AMAMENTAÇÃO** ()
3. **DISLEXIA** ()
4. **TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade** ()
5. **OUTROS MOTIVOS**
 Candidato(a) temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado, outro caso)
 Acidente () Pós-cirúrgico () Acometido por doença () Especificar qual _____
 Outro caso () Especificar qual _____

CONDIÇÕES ESPECIAIS

- 1. CANDIDATO(A) COM DEFICIÊNCIA:**
- 1.1 VISUAL**
- Total (cego) () Subnormal (parcial) ()**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Pró-Reitoria de Graduação
Diretoria de Processos Seletivos



Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta ou folha de resposta? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

Circule os recursos necessários para realização da prova: **a)**

para cegos – leitor;

b) **para visão subnormal** – leitor, prova ampliada.

Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte. Observe os exemplos abaixo.

Tamanho 14 ()

Tamanho 16 ()

Tamanho 18 ()

NOTA: A prova para os candidatos com deficiência visual total será lida e registrada por um profissional capacitado. Para a maior segurança do(a) candidato(a), todos os procedimentos e explicações verbais feitos durante a realização da prova serão registrados por meio de filmagem.

Caso seja necessário, a prova para os candidatos com visão subnormal será lida e registrada por um profissional capacitado.

Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias para realização da prova:**

1.2 AUDITIVA

- | | | |
|---|-----------|-------------|
| a) Deficiência auditiva | () Total | () Parcial |
| b) Faz uso de aparelho? | () Sim | () Não |
| c) Surdo oralizado? | () Sim | () Não |
| d) Surdo não oralizado? | () Sim | () Não |
| e) Necessita de intérprete? | () Sim | () Não |
| f) Necessita de tempo adicional? | () Sim | () Não |

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

Importante: O(a) candidato(a) com deficiência auditiva terá direito à correção diferenciada das provas discursivas de Biologia, Física, Filosofia, Geografia, História, Língua Portuguesa, Língua Estrangeira, Literatura Brasileira, Matemática, Química, Sociologia e Redação, na qual serão adotados mecanismos flexíveis que valorizem os conteúdos semânticos dessas provas, de acordo com o Decreto n. 3298, de 20/12/1999, e Decreto n. 5626, de 22/12/2005.

Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias:**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Pró-Reitoria de Graduação
Diretoria de Processos Seletivos



1.3 FÍSICA

Parte do corpo: Membro superior (braços/mãos) () Membro inferior (pernas/pés) ()

Outra parte do corpo. Especificar qual _____

Necessita de tempo adicional? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta ou folha de resposta? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico

Utiliza algum aparelho para locomoção? () Sim. Especificar _____ () Não

Necessita de mobiliário especial para realização das provas? () Sim () Não - Circule o(s) objeto (s) necessário (s) para realização da prova: **cama, poltrona, mesa espaçosa, cadeira confortável, prancheta.** Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias:**

1.4 OUTROS TIPOS DE DEFICIÊNCIA

Deficiência: _____

Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta ou folha de resposta? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias:**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Pró-Reitoria de Graduação
Diretoria de Processos Seletivos



2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do(a) acompanhante do(a) bebê: _____
_____, N. do documento de identificação _____
_____, Órgão expedidor _____.

A candidata que estiver amamentando, além de solicitar atendimento especial para tal fim, deverá **encaminhar cópia da certidão de nascimento da criança, durante o período de inscrição**. Além disso, deverá anexar este Requerimento devidamente preenchido, **cópia legível do documento de identificação do(a) acompanhante** e entregá-lo à DIRPS (Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Bloco 1A, Sala 111, Bairro Santa Mônica). O(a) acompanhante somente terá acesso ao local de prova mediante a apresentação do documento de identificação original.

3. DISLEXIA

Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Necessita de um fiscal para auxílio na leitura do enunciado das questões? () Sim () Não

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta ou folha de resposta? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

4. TDAH

Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Necessita de local de prova com menos candidatos? Sim () Não ()

Caso tenha respondido SIM, anexe a esse Requerimento. **ALÉM DO RELATÓRIO MÉDICO exigido no subitem 3.4.2. LAUDO PSICOLÓGICO.**

4. OUTROS MOTIVOS

Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias para realização da prova:

Acidente () Pós-cirúrgico () Acometido por doença () Especificar qual _____
Outro caso () Especificar qual _____

Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias para realização da prova:**

Observação: anexar a este requerimento o laudo médico.