



**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** ou enviados por e-mail para o endereço **atende.dirps@prograd.ufu.br**.

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.



**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**

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.Sª 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) ( )

**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.



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



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:**

---

---

### 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.