



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



ANEXO I

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 realizados pela Diretoria de Processos Seletivos/UFU.

ATENÇÃO!

O(a) candidato(a) deverá fazer *upload*, **durante o período de inscrição**, do relatório médico atualizado, datado, assinado e carimbado pelo médico, e do 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(a) candidato(a) que necessitar de condições especiais para realização da prova **por motivos diversos que surjam após o período de inscrição** deverá encaminhar este requerimento, juntamente com o respectivo Relatório Médico, para o endereço eletrônico atendimento@dirps.ufu.br, até às 16 horas do penúltimo dia útil antes da prova.

Após o período de inscrição, somente serão recebidas as solicitações de atendimento especial de urgência referentes às necessidades especiais que não puderam 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 nº _____ 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:

1.1 Visual () **1.2 Auditiva** () **1.3 Física** ()

1.4 Outro tipo () Especificar qual: _____

2. DISLEXIA ()

3. TDAH ()

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

4. OUTROS MOTIVOS ()

Candidato(a) temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado, outro caso).



ATENDIMENTO ESPECIAL

1. CANDIDATO(A) COM DEFICIÊNCIA:

1.1 VISUAL

Total () Subnormal (parcial) ()

Necessita de tempo adicional? SIM () NÃO ()

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

Necessita de um caderno de questões em tamanho ampliado para realização da prova? SIM () NÃO ()

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

Necessita de um fiscal para leitura do caderno de questões ou orientações para a prova? 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.**

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias.

Nota: a prova para os candidatos com deficiência visual poderá ser lida e transcrita por um profissional capacitado, desde que solicitado acima e comprovado por laudo médico atualizado. Para a maior segurança do(a) candidato(a), todos os procedimentos e as explicações verbais feitos durante a realização da prova serão registrados por meio de filmagem.

1.2 AUDITIVA

Total () Parcial ()

Surdo oralizado? SIM () NÃO ()

a) Faz uso de aparelho auditivo? SIM () NÃO ()

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

b) Necessita de intérprete em LIBRAS? SIM () NÃO ()

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

c) Necessita de tempo adicional? SIM () NÃO ()

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



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



Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias.

Nota: o(a) candidato(a) com deficiência auditiva terá direito à correção diferenciada, na qual serão adotados mecanismos flexíveis que valorizem os conteúdos semânticos dessas provas, de acordo com o Decreto nº 3298, de 20/12/1999, e o Decreto nº 5626, de 22/12/2005.

1.3 FÍSICA

Parte do corpo: Membro superior (braços/mãos) ()

Membro inferior (pernas/pés) ()

Outra parte do corpo: _____

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 mesa e cadeira independentes, já que as salas possuem cadeiras conjugadas com o apoio de braço (carteiras de estudante)?

SIM () Especificar: _____

NÃO ()

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias.



1.4 OUTROS TIPOS DE DEFICIÊNCIA

Especificar a deficiência: _____

Necessita de tempo adicional? SIM () NÃO ()

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

Necessita de um fiscal para leitura do caderno de questões ou orientações para a prova? 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.**

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias.

2. DISLEXIA

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.**

Necessita de um fiscal para leitura do caderno de questões ou orientações para a prova? SIM () NÃO ()

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

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias.



3. TDAH

Necessita de tempo adicional? SIM () NÃO ()

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

Necessita de sala com menor número de candidatos? SIM() NÃO()

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

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias.

Nota: Caso tenha solicitado atendimento especial relacionado a TDAH, anexe a esse Requerimento o **Laudo Psicológico**, além do Laudo Médico exigido.

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() Outro caso()

Especificar qual: _____

* **Anexe a este requerimento o laudo médico.**

Registre as condições especiais necessárias para realização da prova.
