

**REQUERIMENTO - PORTADOR DE NECESSIDADE ESPECIAL**

Preencha corretamente e encaminhe, JUNTAMENTE COM O LAUDO MÉDICO, conforme estabelece o respectivo edital, para que seja analisada a possibilidade de atender a sua necessidade da melhor forma possível.

CONCURSO/PROCESSO SELETIVO:		EDITAL:	
NOME DO CANDIDATO:		Nº INSCRIÇÃO:	
Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:			
TEL. FIXO:	CELULAR:	E-MAIL:	
TIPO DE DEFICIÊNCIA:	VISUAL ( )	FÍSICA ( )	AUDITIVA ( )

**Assinale o tipo de atendimento especial desejado**

<b>Deficiência Visual</b>	( ) Ledor e Copista – aplicador especial que <b>faz a leitura</b> da prova e que <b>transcreve</b> as respostas das questões para o candidato
	( ) Tempo adicional (até 1 hora) – Devidamente justificado (quando for o caso)
	( ) Sala especial
	<b>Prova ampliada</b> ( ) Tamanho 18 ( ) Tamanho 20 ( ) Tamanho 22
<b>Deficiência Auditiva</b>	( ) Intérprete de linguagem de sinais
	( ) Sala especial
<b>Deficiência Física</b>	( ) Acesso para cadeirante
	( ) Prancheta
	( ) Sala especial
<b>( ) Não necessita de prova e/ou atendimento especial</b>	

Outras condições/recursos especiais necessário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do candidato ou responsável

<b>PARA USO DA COPESE</b>	
( ) Deferido	( ) Indeferido
Data: ___ / ___ / ____	
_____ Membro da Copese	