



**REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

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:
CARGO/CURSO:			
Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:			
TEL. FIXO:	CELULAR:	E-MAIL:	
<b>TIPO DE DEFICIÊNCIA:</b>	( ) VISUAL	( ) FÍSICA	( ) AUDITIVA
( ) INTELLECTUAL	( ) MENTAL	( ) TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	( ) MÚLTIPLA (assinalar as deficiências)

**ASSINALE O TIPO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 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>OUTRAS CONDIÇÕES/RECURSOS ESPECIAIS NECESSÁRIOS:</b>	
( ) NÃO NECESSITA DE PROVA E/OU ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	

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

Assinatura do candidato ou responsável

**PARA USO DA COPESE**

( ) Deferido ( ) Indeferido

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

Membro da Copese