



## FORMULÁRIO PARA ATENDIMENTO ESPECIAL - EXAME DE PROFICIÊNCIA

Preencha corretamente e entregue, 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.

NOME DO CANDIDATO:		Nº INSCRIÇÃO:	
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: (1) Ciências Biológicas, Ciências Agrárias, Ciências Saúde ( ) (2) Ciências Exatas e da Terra, Engenharias ( ) (3) Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas ( ) (4) Linguística, Letras e Artes ( )		IDIOMA: ( ) FRANCÊS ( ) INGLÊS ( ) ESPANHOL	
Nº RG:		Nº CPF:	
ENDEREÇO:			
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

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato ou responsável

#### PARA USO DA COPESE

( ) Deferido ( ) Indeferido

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

\_\_\_\_\_  
Membro da Copese