

**REQUERIMENTO PARA CANDIDATO(A) COM DEFICIÊNCIA E(OU) QUE TEM NECESSIDADE(S) ESPECIAL(IS)**

Eu, \_\_\_\_\_,

Inscrição no \_\_\_\_\_ candidato(a) ao Processo Seletivo das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central - FACIPLAC, regido pelo presente Edital, vem requerer:

( ) solicitação de atendimento especial no dia de aplicação da prova.

Nessa ocasião, o(a) referido(a) candidato(a) apresentou laudo médico com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados: Tipo de deficiência que possui: \_\_\_\_\_.

Código correspondente da (CID): \_\_\_\_\_.

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_

Observação: não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como, miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres. Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto Federal no 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no Diário Oficial da União de 3 de dezembro de 2004, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.

**REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL**

Marque com um X no quadrado correspondente caso necessite, ou não, de prova especial e(ou) de tratamento especial.

( ) Não há necessidade de prova especial e(ou) de tratamento especial.

( ) Há necessidade de prova e(ou) de tratamento especial.

Solicito, conforme laudo médico em anexo, atendimento especial no dia da aplicação da prova conforme a seguir (selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

**1. Necessidades físicas:**

( ) sala térrea (dificuldade para locomoção)

( ) sala individual (candidato com doença contagiosa / outras).

Especificar \_\_\_\_\_.

( ) mesa para cadeira de rodas

( ) apoio para perna

( ) mesa e cadeira separadas

**1.1. Auxílio para preenchimento**

( ) dificuldade/impossibilidade de escrever

( ) da folha de respostas da prova objetiva

**1.2. Auxílio para leitura (ledor)**

( ) dislexia

( ) tetraplegia

**2. Necessidades visuais** (cego ou pessoa com baixa visão)

( ) auxílio na leitura da prova (ledor)

( ) prova em braille

( ) prova ampliada (fonte entre 14 e 16)

( ) prova superampliada (fonte 28)

**3. Necessidades auditivas** (perda total ou parcial da audição)

( ) intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)

( ) leitura labial

**4. Outros**

( ) Tempo Adicional – mediante justificativa médica

**5. Amamentação**

( ) sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do(a) candidato(a)