

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS  
UNICEPLAC****PROCESSO SELETIVO – CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA****SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

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

CPF nº \_\_\_\_\_, Inscrição nº \_\_\_\_\_, candidato(a)

**processo seletivo para o cursos de graduação em medicina, no primeiro semestre letivo 2025.**

Solicito de acordo com laudo médico/documento comprobatório em anexo, atendimento especial no dia de aplicação das provas conforme a seguir (selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

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

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 <i>braille</i> ( ) 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 ( ) uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica 4. Amamentação ( ) sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) 5. Outros ( ) Tempo Adicional – mediante justificativa médica ( ) Porte de arma (Lei Federal nº 10.826/2003) ( ) OUTRO: _____
---	--

Nessa ocasião, apresento 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 possuo: \_\_\_\_\_.

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

Nome do médico responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_.

Número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)