

**PROCESSO SELETIVO PARA CURSOS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA DE NÍVELMÉDIO, EM ÁREA DA SAÚDE, NA MODALIDADE SUBSEQUENTE, DE TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS, TÉCNICO EM ENFERMAGEM E TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL.**

**SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

Eu \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_, Inscrição nº \_\_\_\_\_, candidato(a) ao  
**PROCESSO SELETIVO PARA CURSOS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA DE NÍVELMÉDIO, 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)):

<p><b>1. Necessidades físicas:</b> ( ) sala térrea (dificuldade para locomoção) ( ) sala individual ( ) mesa para cadeira de rodas ( ) mesa e cadeira separadas <b>1.1. Auxílio para preenchimento</b> ( ) dificuldade/impossibilidade de escrever ( ) respostas da prova objetiva/discursiva <b>1.2. Auxílio para leitura (ledor)</b> ( ) dislexia ( ) tetraplegia ( ) _____ <b>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</b> ( ) prova em <i>braille</i> ( ) prova ampliada (fonte entre 14 e 16) ( ) prova superampliada (fonte 28)</p>	<p><b>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</b> ( ) intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) ( ) leitura labial ( ) uso de aparelho auditivo – <b>CONSTAR NO LAUDO</b> <b>4. Amamentação</b> ( ) sala para amamentação <b>5. Outros</b> ( ) Tempo Adicional – <b>CONSTAR NO LAUDO</b> ( ) Porte de arma (Lei Federal nº 10.826/2003) ( ) Convicção religiosa (<b>SABATISTA</b>) ( ) Uso do nome social: _____ ( ) Condições extras: _____ _____</p>
---	---

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: \_\_\_\_\_.

**AUTORIZAÇÃO**

**EXCLUSIVO E OBRIGATÓRIO PARA OS CANDIDATOS QUE SOLICITAREM AUXÍLIO PREENCHIMENTO E/OU LEDOR**

Eu, no dia da prova necessitarei de auxílio preenchimento e/ou leedor, sendo assim, autorizo a gravação e/ou filmagem durante a realização da prova

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**

BRASÍLIA-DF \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

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

**SERÁ ACEITO SOMENTE PEDIDOS ENCAMINHADOS CONFORME EDITAL item 9**