

**PROCESSO SELETIVO PARA PROVIMENTO DE VAGAS DO CURSO DE  
GRADUAÇÃO DE MEDICINA 2021/1  
REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) TRATAMENTO ESPECIAL  
(Item 14 do Edital Normativo)**

Eu \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, Inscrição nº \_\_\_\_\_, candidato(a) no **Processo Seletivo para provimento de vagas do curso de Graduação de Medicina 2019/1**, solicito atendimento especial no dia da aplicação das provas de acordo com laudo médico em anexo, (selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

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

(selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s))

<p><b>1. Necessidade física:</b> <input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade de locomoção) <input type="checkbox"/> sala individual (doença contagiosa/outros) <b>Especificar:</b> _____ <input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas <input type="checkbox"/> mesa e cadeira separadas <b>1.1 Auxílio preenchimento:</b> <input type="checkbox"/> da folha de resposta da prova objetiva <input type="checkbox"/> impossibilidade de escrever <b>1.2 Auxílio para leitura (ledor)</b> <input type="checkbox"/> dislexia <input type="checkbox"/> tetraplegia</p>	<p><b>2. Necessidade visuais:</b> <input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (ledor) <input type="checkbox"/> prova em <i>braille</i> <input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte 14 e/ou 16) <input type="checkbox"/> prova super ampliada (fonte 28) <b>3. Necessidade auditiva:</b> <input type="checkbox"/> interprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) <input type="checkbox"/> leitura labial <input type="checkbox"/> uso de aparelho auditivo <b>MEDIANTE JUSTIFICATIVA MÉDICA</b> <b>Amamentação</b> <input type="checkbox"/> sala para amamentar (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) <b>4. Outros</b> <input type="checkbox"/> tempo adicional - <b>MEDIANTE JUSTIFICATIVA MÉDICA</b> <input type="checkbox"/> Porte de arma (Lei Federal no 10.826/2003) <input type="checkbox"/> Uso do nome social: _____ _____ _____</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: \_\_\_\_\_.

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

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