

**REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) ATENDIMENTO ESPECIAL
(Item 8 do Edital Normativo)**

Eu (favor preencher com letra de forma - todos os campos são obrigatórios),

| | | |
|----------------------------------------|------------------|----------------------|
| NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES): | | |
| | | |
| Nº DA IDENTIDADE (RG) / ÓRGÃO EMISSOR: | CPF: | DATA DE NASCIMENTO: |
| / - | . - | / / |
| CARGO: | CÓDIGO DO CARGO: | NÚMERO DE INSCRIÇÃO: |
| | | |
| E-MAIL: | TELEFONE: | |
| @ | () | |

candidato(a) no **concurso público para provimento de vagas e formação de cadastro de reserva em empregos de nível médio e superior do CRN-1, 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)):

ASSINALE O PEDIDO DE PROVA ESPECIAL E(OU) ATENDIMENTO ESPECIAL

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Necessidades físicas:</p> <p><input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade para locomoção)</p> <p><input type="checkbox"/> sala individual (candidato com doença contagiosa / outras). Especificar _____.</p> <p><input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas</p> <p><input type="checkbox"/> apoio para perna</p> <p><input type="checkbox"/> mesa e cadeira separadas</p> <p>1.1. Auxílio para preenchimento</p> <p><input type="checkbox"/> dificuldade/impossibilidade de escrever</p> <p><input type="checkbox"/> da folha de respostas da prova objetiva</p> <p>1.2. Auxílio para leitura (ledor)</p> <p><input type="checkbox"/> dislexia</p> <p><input type="checkbox"/> tetraplegia</p> | <p>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</p> <p><input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (ledor)</p> <p><input type="checkbox"/> prova em <i>braille</i></p> <p><input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16)</p> <p><input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28)</p> <p>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</p> <p><input type="checkbox"/> intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)</p> <p><input type="checkbox"/> leitura labial</p> <p><input type="checkbox"/> uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica</p> <p>4. Amamentação</p> <p><input type="checkbox"/> sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)</p> <p>5. Outros</p> <p><input type="checkbox"/> Tempo Adicional – mediante justificativa médica</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: _____.

Tenho ciência que sou responsável pela veracidade e pela qualidade da documentação apresentada e que o **IADES** não se responsabiliza pela análise de documentos ilegíveis e (ou) com baixa resolução.

É de minha responsabilidade exclusiva o correto preenchimento desta declaração e a entrega, no prazo regular, da documentação requerida em conformidade com o edital normativo do concurso público.

_____, (____), ____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) candidato(a)