

## REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

### ORIENTAÇÕES

1. Para requerer atendimento especial você deverá estar inscrito no Processo Seletivo;
2. Imprimir e preencher atentamente este formulário. O não preenchimento correto das informações inviabilizará a COPESE de providenciar o atendimento especial necessário.
3. Anexar laudo médico emitido por especialista da área de sua deficiência, como previsto no edital do processo seletivo, com base no art. 30, inciso V, da Lei nº 13.146/2015 e no art. 40, § 2º do Decreto nº 3.298/1999
4. Comparecer nos endereços, horários e dias descritos no Edital do Processo Seletivo em vigor e apresentar este formulário preenchido, assinado e com anexo(s);
5. O atendimento as condições especiais solicitadas pelo(a) candidato(a) para realizar as provas ficará sujeito à viabilidade e razoabilidade do pedido.
6. É de inteira responsabilidade do candidato as informações apresentadas.

### À COMISSÃO DE PROCESSO SELETIVO – COPESE

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
nome do(a) candidato(a)

inscrito no Processo \_\_\_\_/\_\_\_\_ sob nº de inscrição \_\_\_\_\_, venho requerer atendimento ou  
ano/semestre

condição especial para a realização de prova:

### ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO

#### 1 – CANDIDATO (A) COM DEFICIÊNCIA:

( ) Física ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Mental ( ) Múltipla \_\_\_\_\_ ( ) Outra \_\_\_\_\_

2 - CANDIDATA: ( ) Lactante ( ) Gestante

3 – CANDIDATO (A) COM PROBLEMAS DE SAÚDE: Qual? \_\_\_\_\_

### CONDIÇÕES ESPECIAIS

#### 1 - PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

##### 1.1 - FÍSICA

- **Parte do corpo:** ( ) Membros superior (braços/mãos) ( ) Membros inferior (pernas/pés)

- Outra parte do corpo. Qual? \_\_\_\_\_

- Utiliza algum aparelho para locomoção? ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

- **Marque com um X os recursos necessários para fazer a prova:**

( ) um fiscal para marcar seu gabarito no cartão de resposta ( ) sala de fácil acesso – sem escadas/1º andar

( ) Adaptação de espaços físicos, mobiliários, equipamentos - Especificar quais: \_\_\_\_\_

**NOTA:** O(a) candidato(a) que solicitar um fiscal para marcar seu gabarito no cartão de resposta terá este momento filmado e ficará em uma sala individual. **DECLARO QUE ESTOU DE ACORDO COM A FILMAGEM.**

**Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias:**

---

---

---

## 1.2 - AUDITIVA

- Faz uso de aparelho auditivo? ( ) Sim ( ) Não
- Surdo oralizado? ( ) Sim ( ) Não
- Tem conhecimento em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)? ( ) Sim ( ) Não
- Você tem fluência em LIBRAS? ( ) Sim ( ) Não
- Necessita de tradutor e intérprete de libras para a realização das provas? ( ) Sim ( ) Não

**Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias:**

---

---

---

## 1.3 - VISUAL

( ) Total (cego) ( ) Subnormal (parcial)

**- Marque com um X os recursos necessários para fazer a prova:**

( ) ledor ( ) lupa ( ) mesa espaçosa ( ) prova ampliada ( ) Lupa e prova ampliada  
( ) luminária ou abajur ( ) cartão de resposta ampliado ( ) lupa e cartão de resposta ampliado ( ) um fiscal para marcar seu gabarito no cartão de resposta

**- Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte:** ( ) Tamanho 16 ( ) Tamanho 18

**NOTA:** A prova para o(a) candidato(a) que se declarou com deficiência visual total ou parcial que solicitou ledor e/ou um fiscal para marcar seu gabarito no cartão de resposta terá este momento filmado e ficará em uma sala individual.

**DECLARO QUE ESTOU DE ACORDO COM A FILMAGEM.**

**Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias:**

---

---

---

## 1.4- OUTROS TIPOS DE DEFICIÊNCIA

Deficiência (especificar) : \_\_\_\_\_

**Registre as condições especiais necessárias para a realização das provas:**

---

---

---

## 2. LACTANTE e GESTANTE

### 2.1 - LACTANTE

- Nome completo do (a) acompanhante do bebê no dia da realização das provas  
\_\_\_\_\_. Número do documento de identificação \_\_\_\_\_.

**Observação:** ANEXAR A CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO INFORMADO.  
O ORIGINAL DESTES DOCUMENTOS DEVERÁ SER APRESENTADO NO DIA DA PROVA

## 2.2 – GESTANTE

- Marque com um X os recursos necessários para fazer a prova:

( ) sala de fácil acesso ( ) cadeira separada da carteira

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias:

---

---

---

## 3. CANDIDATO (A) COM PROBLEMAS DE SAÚDE (NÃO CONTEMPLADOS NOS ITENS ACIMA):

Qual (ais) o(s) seu(s) problema(s) de saúde? \_\_\_\_\_

Registre as condições especiais necessárias para a realização das provas:

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
Local Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) requerente

### Endereço do (a) candidato (a)

Rua: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

CEP.: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

-----  
Via do candidato

## REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Entregue em: \_\_\_\_\_

### ATENÇÃO:

1. O atendimento às condições especiais solicitadas pelo(a) candidato(a) para realizar as provas ficará sujeito à viabilidade e razoabilidade do pedido.
2. É importante lembrá-lo (a) que o não preenchimento correto das informações acima solicitadas **inviabilizará** a COPESE de providenciar o atendimento especial necessário. É de inteira responsabilidade do candidato as informações apresentadas.
3. O resultado do deferimento/indeferimento do atendimento especial estará disponível no menu "Atendimento ao Candidato" no site <http://copese.ifsudestemg.edu.br/>, na data prevista no edital do certame.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
Local Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
Carimbo da instituição e assinatura do servidor