

## REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO ESPECIAL

**Para:**

**Comissão Permanente de Processo Seletivo (COPERPS)**

Senhor Coordenador:

Eu, \_\_\_\_\_,  
Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, venho requerer o  
atendimento especial abaixo descrito, em virtude de ser pessoa com  
deficiência designada e grau especificado no **laudo em anexo**.

Descrição do tipo de atendimento especial solicitado:

---

---

---

---

---

Declaro estar ciente de que as informações, que estou prestando, são de minha  
inteira responsabilidade e de que, a qualquer momento do processo, se  
averiguada fraude ou inverdade das informações prestadas, serei eliminado  
automaticamente do mesmo.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

## ATENÇÃO!

- O candidato com deficiência de qualquer natureza, necessitando de condições especiais e/ou tratamento diferenciado (portador de prótese auditiva, prótese metálica, marca passo e/ou tratamento candidato lactante) para realização das provas, deverá enviar este requerimento em formato PDF, devidamente preenchido, para o e-mail [central@ucpel.edu.br](mailto:central@ucpel.edu.br) até às 23h59min do dia 15 de junho de 2022.
- O candidato, que sofreu acidente ou foi operado recentemente, ou está acometido por alguma doença, deverá enviar para [central@ucpel.edu.br](mailto:central@ucpel.edu.br) este formulário devidamente preenchido com o respectivo atestado médico, até 48 horas antes da realização da prova.
- A candidata lactante deverá anexar, ao requerimento, uma cópia legível do documento de identificação do acompanhante, o qual terá acesso ao local de realização da prova mediante apresentação do documento original de identidade, até 24 horas antes da realização da prova.

- O deferimento de solicitação de atendimento especial será dado, levando em consideração a razoabilidade e viabilidade do pedido.
- A divulgação da decisão sobre os pedidos de atendimento especial será realizada por e-mail.
- Em nenhuma hipótese, a UCPel autorizará a realização de provas em locais diferentes dos estipulados previamente pela COPERPS.

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES PARA QUE A COMISSÃO PERMANENTE DO PROCESSO SELETIVO POSSA ATENDER A SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

ASSINALE COM UM X O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

( ) Pessoa com deficiência ( ) Amamentação ( ) Outros. Qual?

## 1. PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)

### VISUAL

Total  Parcial

Marque os recursos necessários para fazer a prova:

Para PCD visual total,  leitor

Para PCD visual parcial,  leitor  prova ampliada

### AUDITIVA

Deficiência auditiva  Total  Parcial

Faz uso de aparelho auditivo?  Sim  Não

Necessita de intérprete de LIBRAS?  Sim  Não

### FÍSICA

Parte do corpo:

Membro superior (braços/mãos)

Membro inferior (pernas/pés)

Outra parte do corpo. Qual?

---

Necessita de um fiscal para preencher a folha de respostas?  Sim  Não

Utiliza algum aparelho para locomoção?  Sim  Não Qual?

## 2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê: \_\_\_\_\_

Nº do documento de identificação: \_\_\_\_\_ Órgão  
expedidor: \_\_\_\_\_

Observação: O original desse documento deverá ser apresentado no dia da Prova.

### 3. OUTROS

O candidato com outro tipo de deficiência ou temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), deve registrar, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias para a realização da prova:

---

---

---