



FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE NECESSIDADES ESPECÍFICAS PERMANENTES OU PROVISÓRIAS

Nome completo: _____

Local de prova indicado: _____

Curso: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

NECESSIDADE ESPECÍFICA:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiência Física | <input type="checkbox"/> Transtornos globais do desenvolvimento |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva/surdez | <input type="checkbox"/> Altas habilidades/superdotação |
| <input type="checkbox"/> Baixa Visão | <input type="checkbox"/> Distúrbios de aprendizagem |
| <input type="checkbox"/> Cegueira | <input type="checkbox"/> Outras (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Surdocegueira | |

NECESSITA DE ATENDIMENTO ESPECIAL

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

NECESSITA DE TEMPO ADICIONAL

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

NO CASO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA:

- | | |
|---|------------------------------|
| 1. Necessita de transcritor? | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Necessita de acesso para cadeirante? | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Necessita de auxílio para ir ao banheiro? | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Outras condições/recursos específicos necessários: _____ | |

NO CASO DE DEFICIÊNCIA VISUAL:

- | | | |
|---|------------------------------|----------------------|
| 1. Necessita de prova em Braille? | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| 2. Necessita de prova com texto ampliado? | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Fonte tamanho: _____ |
| 3. Necessita de leitor/transcritor? | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| 4. Outras condições/recursos específicos necessários: _____ | | |

NO CASO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

- | | |
|---|------------------------------|
| 1. Necessita de Tradutor Intérprete de Língua de Sinais | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Necessita de Intérprete repetidor? | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Outras condições/recursos específicos necessários: _____ | |

NO CASO DE TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO/ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO/DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. Necessita de Ledor ? | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

2. Necessita de transcritor?

Sim

Não

3. Necessita de sala especial para a realização da prova?

Sim

Não

4. Outras condições/recursos específicos necessários: _____

PARA OUTROS CASOS DE DEFICIÊNCIA INFORMAR O TIPO DE RECURSO ESPECÍFICO:

NOTA: Deve ser apresentado atestado médico/laudo comprobatório até o último dia de inscrição ou, em caso necessidade específica adquirida após o período de inscrição, até 72 (setenta e duas) horas antes da data de realização das provas.

_____, ____ de _____ de 2018

(Assinatura Candidato / Responsável Legal)