

## REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA

**Para  
Comissão Permanente de Processo Seletivo  
Universidade Católica de Pelotas**

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 Seletivo, se averiguada fraude ou inverdade das informações prestadas, serei eliminado automaticamente do mesmo.

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

-----  
Assinatura do Requerente

## **ATENÇÃO!**

- Os candidatos com deficiência de qualquer natureza, necessitando de condições especiais e/ou tratamento diferenciado para a realização da prova, deverão entregar este requerimento, devidamente preenchido, na Central de Atendimento, no Campus I da UCPel (Rua Gonçalves Chaves, 373) de segunda a sexta-feira, das 9h15min às 21h15min, exceto aos sábados, domingos e feriados nacionais, **até a data limite de 48 horas úteis, antes da data escolhida para a realização da prova de redação**. Exceto para aqueles que irão realizar a prova de redação agendada, os quais devem entregar o requerimento até 48 horas antes da data da prova agendada.
- O candidato, que sofreu acidente ou foi operado recentemente, ou está acometido por alguma doença, deverá entregar na Central de Atendimento este formulário devidamente preenchido com o respectivo atestado médico, de acordo com o horário de funcionamento até 48 horas antes da realização da prova.

- A candidata em aleitamento 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.

• O deferimento de solicitação de atendimento especial será dado, levando em consideração a razoabilidade do pedido, as possibilidades e as disposições descritas no Manual de Candidato.

• A divulgação da decisão sobre os Pedidos de Condições Especiais de prova 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)**

#### **1.1 VISUAL**

( ) Total ( ) Parcial

Necessita de um fiscal para preencher o Cartão de Respostas? ( ) Sim ( ) Não

Marque os recursos necessários para fazer a prova:

Para PCD visual total, ( ) ledor

Para PCD visual parcial, ( ) ledor ( ) prova ampliada

#### **1.2 AUDITIVA**

Deficiência auditiva ( ) Total ( ) Parcial

Faz uso de aparelho auditivo? ( ) Sim ( ) Não

Necessita de intérprete de LIBRAS? ( ) Sim ( ) Não

#### **1.3 FÍSICA**

Parte do corpo:

( ) Membro superior (braços/mãos)

( ) Membro inferior (pernas/pés)

( ) Outra parte do corpo. Qual?

---

Necessita de um fiscal para preencher o cartão de respostas? ( )Sim ( )Não  
Necessita de um fiscal para preencher a folha de redação? ( )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:

---

---

---

---

(via da UCPel)

### PROTOCOLO DE REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_  
RG Nº : \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_  
Inscrição nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do funcionário: \_\_\_\_\_

---

(via do candidato)

### PROTOCOLO DE REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_  
RG Nº : \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_  
Inscrição nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do funcionário: \_\_\_\_\_