



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE COREMU/UFRGS

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – 2017
(Lei Federal nº 11.129/2005)

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL
(Prazo final 10/10/2016)

Eu _____
(nome do candidato)

RG nº _____, inscrição nº _____, com base no Edital do

Processo Seletivo Específico e no disposto no § 1º do Art. 27 do Decreto 3298/99, **solicito:**

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 01. Prova no sistema DosVox | <input type="checkbox"/> | 07. Escrevedor para Redação |
| <input type="checkbox"/> | 02. Prova em Braille | <input type="checkbox"/> | 08. Intérprete de Libras |
| <input type="checkbox"/> | 03. Prova ampliada para fonte tamanho: 20 | <input type="checkbox"/> | 09. Uso de aparelho auditivo |
| <input type="checkbox"/> | 04. Uso de Sorobã e/ou Lupa | <input type="checkbox"/> | 10. Acesso facilitado |
| <input type="checkbox"/> | 05. Ledor | <input type="checkbox"/> | 11. Uso de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> | 06. Escrevedor para elipses | | |

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 12. Avaliação diferenciada da Redação em virtude de ser portador de DISLEXIA |
| <input type="checkbox"/> | 13. Atendimento diferenciado em virtude de ser portador de DÉFICIT DE ATENÇÃO |
| <input type="checkbox"/> | 14. Atendimento diferenciado em virtude de: (descrever): |

- Estou ciente de que a UFRGS atenderá o solicitado levando em consideração critérios de viabilidade e razoabilidade, conforme Edital do Concurso.
- OBRIGATÓRIO apresentação de **Atestado Médico** (legível) contendo a descrição detalhada da necessidade do candidato e o **número do CID correspondente**.

Declaro haver solicitado as condições especiais descritas nos itens

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Em anexo: 1) cópia da ficha de inscrição e carteira de identidade.
2) cópia do atestado médico.
3) _____

Porto Alegre, de de 2016.

Assinatura do candidato ou representante

ATENÇÃO: Este documento e respectiva documentação comprobatória devem ser entregues pessoalmente na COPERSE, ou enviados pelos Correios, valendo nesse caso para fins de cumprimento de prazo, a data da postagem. Em caso de dúvidas contatar diretamente a coordenação executiva através do telefone 3308-5909.