

**REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**  
(Edital nº 39/2018 – Proficiência)

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO/ ENTREGA / ENVIO DO REQUERIMENTO:**

- 1) Preencher **01(UM)** formulário para cada candidato;
- 2) O requerimento deverá ser entregue da seguinte forma:
- 2.1) **Presencial**  
*O requerimento deverá ser impresso, preenchido, datado e assinado e entregue na:*  
**Local:** Comissão Permanente de Concursos/UFAM  
**Endereço:** Av. Rodrigo Octávio nº. 2.600, Bairro do Coroado I, Campus Universitário Sen. Arthur Virgílio Filho - Setor Sul, Prédio da COMPEC (antiga COMVEST), CEP 69077-000, Manaus  
**Horário:** a partir das 10h do dia 08/05/2018, até as 17h do dia 18/05/2018.
- 2.2) **Eletrônico**  
*O requerimento deverá ser impresso, preenchido, datado, assinado e escaneado e enviado para o*  
**E-mail:** [comvest@ufam.edu.br](mailto:comvest@ufam.edu.br)
- 3) O período para entrega deste Requerimento e a documentação, será conforme o Anexo II deste Edital (pág. 11)

**IDENTIFICAÇÃO DO CONCURSO**

Edital:	39/2018
Descrição:	<b>Exame de Proficiência em Línguas Estrangeiras</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

Nome:	
Número da Inscrição:	
RG:	
CPF:	
Endereço:	
Telefone	
E-mail:	
CID:	

**MARQUE COM (X) OS DOCUMENTOS ENTREGUES**

<input type="checkbox"/>	Requerimento solicitando atendimento
<input type="checkbox"/>	Ficha de Inscrição
<input type="checkbox"/>	Cópia do RG e do CPF
<input type="checkbox"/>	Laudo Médico com indicação do tipo e do grau de deficiência do qual é portador, com referencia ao Código da Classificação internacional da Doença – CID e com a especificação de suas necessidades quanto ao atendimento personalizado.
<input type="checkbox"/>	Comprovante do pagamento da Taxa de Inscrição.
<input type="checkbox"/>	Outros documentos: ...

**MARQUE COM (X) O ATENDIMENTO DIFERENCIADO E/OU ESPECÍFICO NECESSÁRIO**

**1 – Atendimento Diferenciado:**

<input type="checkbox"/>	Prova ampliada (Indique abaixo o tamanho da fonte):
<input type="checkbox"/>	24
<input type="checkbox"/>	28
<input type="checkbox"/>	Ledor de Prova
<input type="checkbox"/>	Transcritor de Prova/Cartão resposta
<input type="checkbox"/>	Interprete de Libras
<input type="checkbox"/>	Tempo adicional para realização da prova
<input type="checkbox"/>	Outra condição:

**2 – Atendimento Específico:**

<input type="checkbox"/>	Gestante
<input type="checkbox"/>	Lactante
<input type="checkbox"/>	Outra condição:

O solicitante amparado nos termos da legislação vigente vem respeitosamente requerer a V. Sa. o atendimento especial e/ou diferenciado, dispondo de documentos comprobatórios da condição que motiva a solicitação, conforme Laudo Médico, em anexo, com indicação do tipo e do grau de deficiência da qual é portador, bem como a indicação do CID e demais documentos comprobatórios em anexo. Estando ciente de que as informações aqui prestadas devem ser exatas e fidedignas, sob pena de ser eliminado do Concurso.

Termos em que pede e aguarda deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) Candidato(a)*