

## 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 2020.

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 preencher o formulário disponibilizado no Site do Vestibular e o enviar para o email [mec@ucpel.edu.br](mailto:mec@ucpel.edu.br), até a data limite de 06 de novembro de 2020.

• O candidato que sofreu acidente ou foi operado recentemente, ou está acometido por alguma doença, deverá preencher o formulário disponibilizado na página do PPG e o enviar para o email [mec@ucpel.edu.br](mailto:mec@ucpel.edu.br), até **48 horas** antes da realização da prova.

• O deferimento de solicitação de atendimento especial será dado, levando em consideração a razoabilidade do pedido, as possibilidades e as disposições descritas.

• 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 horários 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 responder às questões? ( ) 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 responder às questões? ( ) Sim ( ) Não

Necessita de um fiscal para preencher a 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:

---

---

---

---

Corte aqui -----

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

Inscrição nº: \_\_\_\_\_

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_

RG Nº : \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/2020

Assinatura do funcionário: \_\_\_\_\_