

## 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 2022.

-----  
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 PPG e o enviar para o email [ppgps@ucpel.edu.br](mailto:ppgps@ucpel.edu.br) até a data limite de 03 de março de 2022.
- O candidato que sofreu acidente ou foi operado recentemente, ou está acometido por alguma doença, deverá preencher o formulário disponibilizado no Site do Vestibular e o enviar para o email [ppgps@ucpel.edu.br](mailto:ppgps@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 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 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)

#### 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, ( ) leitor

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

#### AUDITIVA

Deficiência auditiva ( ) Total ( ) Parcial

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

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

#### 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 N° : \_\_\_\_\_ CPF N°: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/2022.

Assinatura do funcionário: \_\_\_\_\_