**ANEXO V**

**REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) do documento de identidade nº.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com o número de inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ deste **Processo Seletivo (Vestibular)**, Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer atendimento especial para realizar as provas do referido processo seletivo, conforme as informações prestadas a seguir**.**

**ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:**

**Assinale o Motivo do Requerimento:**
( ) Amamentação ( ) Acidentado ( ) Pós-cirúrgico ( ) Acometido por doença
( ) Outras. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acometido por:** ( ) Doença ( ) Outras. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATENDIMENTO OU CONDIÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DA PROVA**

**1. CANDIDATO COM PROBLEMAS E/OU DIFICULDADES TEMPORÁRIAS OU PERMANENTES (ACIDENTADO, OPERADO E OUTROS)**, registre, a seguir, o tipo de atendimento especial necessário para a realização da prova: (espaço para amamentação, móvel especial para fazer as provas, prova ampliada letra 24, ledor de prova, transcritor para preencher o cartão-resposta, tempo adicional, etc):

****

**2. AMAMENTAÇÃO**

Nome completo do(a) acompanhante do bebê: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº do documento de identificação-da(o) acompanhante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**IMPORTANTE: Anexar cópia do documento de filiação da criança e cópia do documento de identidade do acompanhante.** No dia da prova o(a) acompanhante deverá apresentar-se portando o original desse documento, devendo apresentá-lo no dia do processo seletivo.

**Local e Data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a)

**Observações:**

1. Esta declaração deve ser preenchida e assinada pelo(a) candidato(a) e anexada ao laudo médico e demais documentos comprobatórios da deficiência.
2. O envio da documentação deve ser realizado no período de **31/10/2025 a 03/11/2025**, conforme cronograma do Edital.
3. A não observância do prazo ou a falta de documentação acarretará no indeferimento da solicitação.