VESTIBULAR DE MEDICINA

# ANEXO V

**REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

20**25/02**

Eu, portador(a) do documento de identidade nº. , CPF nº. , telefone: , com o número de inscrição: deste **Processo Seletivo (Vestibular)**, 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

## 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):

## 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 **15/05/2025 a 16/05/2025**, conforme cronograma do Edital.
	3. A não observância do prazo ou a falta de documentação acarretará no indeferimento da solicitação.

**unirv.edu.br | @unirvoﬁcial | /unirv**

**DEPARTAMENTO DE RELACIONAMENTO E NOVOS NEGÓCIOS**

**relacionamento@unirv.edu.br** **Fone/WhatsApp 64 3620-3030**