

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COORDENADORIA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
CONCURSO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - 2010**

ANEXO II

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Este formulário destina-se aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas do concurso (portadores de deficiência, recém-acidentados, recém-operados, candidatas que estiverem amamentando etc.).

À PRESIDÊNCIA DO CENTRO DE SELEÇÃO

Eu, _____, inscrição n. _____,

CPF n. _____ portador(a) do documento de identificação
n. _____, expedido pelo(a) _____ candidato(a) à
especialidade de _____, venho requerer a V. Sa. condições
especiais para realizar a prova, conforme as informações prestadas a seguir.

_____/_____/2009.
Local

Assinatura do(a) candidato(a)

ATENÇÃO!

- As condições especiais solicitadas serão concedidas mediante análise prévia do grau de necessidade, segundo os critérios de viabilidade e razoabilidade.
- Os candidatos portadores de necessidades especiais deverão entregar, este requerimento devidamente preenchido, no Centro de Seleção, situado à rua Rua 226, q. 71, s/n., Setor Universitário, CEP 74610-130, Goiânia – GO, até o dia 18 de dezembro de 2009, no horário das 8 às 12 e das 13 às 17 horas, exceto aos sábados, domingos e feriados nacionais. O candidato poderá, também, enviar este requerimento para o Centro de Seleção por encomenda expressa (SEDEX ou VASPEX), postada até o dia 18 de dezembro de 2009.
- O candidato portador de deficiência, que necessitar de tempo adicional para fazer as provas, deverá anexar a este requerimento, além do laudo médico citado anteriormente, a justificativa da necessidade acompanhada de parecer do especialista da área de sua deficiência.
- O candidato que sofreu acidente ou foi operado recentemente ou está acometido por alguma doença, deverá entregar no Centro de Seleção, de acordo com o horário de funcionamento e em até 48 horas antes da realização da(s) prova(s), este formulário devidamente preenchido com o respectivo atestado médico (subitem 2.15 do Edital).
- A candidata em aleitamento deverá anexar, ao requerimento, uma cópia legível do documento de identificação do acompanhante, o qual terá acesso ao local de realização das provas mediante apresentação do documento original de identidade.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

COORDENADORIA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
CONCURSO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - 2010

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES PARA QUE O CENTRO DE SELEÇÃO POSSA ATENDER A SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

ASSINALE, COM UM X, O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

() Portador de deficiência () Amamentação () Outros. Qual? _____

1. PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

1.1 VISUAL

() Total (cego) () Subnormal (parcial)

Circule os recursos necessários para fazer a prova:

- a) para cegos – ledor, máquina Perkins, reglete de mesa, punção, cubaritmo, sorobã, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;
b) para visão subnormal – ledor lupa manual, luminária ou abajur, papel para rascunho, caneta, pincel atômico, mapas e gráficos em relevo, máquina de datilografia comum e prova ampliada.

Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte. Observe os exemplos abaixo.

() Tamanho 14 () Tamanho 16 () Tamanho 18

NOTA: A prova para os deficientes visuais totais será lida e registrada por um profissional capacitado. Para maior segurança do candidato, todos os procedimentos e explicações verbais feitos durante a realização da prova serão gravados em aparelhos apropriados, que serão ouvidos posteriormente, para conferência das declarações do candidato.

Registre, se for o caso, **outras condições especiais necessárias, inclusive tempo adicional:**

1.2 AUDITIVA

() Total () Parcial

Faz uso de aparelho? Sim () Não ()

Necessita de intérprete? Sim () Não ()

Registre, se for o caso, **outras condições especiais necessárias, inclusive tempo adicional:**

1.3 FÍSICA

Parte do corpo:

() Membro superior (braços/mãos)

() Membro inferior (pernas/pés)

() Outra parte do corpo. Qual? _____

Necessita de um fiscal para preencher o cartão-resposta? Sim () Não ()

Utiliza algum aparelho para locomoção?

Sim () Não () Qual? _____

Necessita de algum móvel especial para fazer as provas? Sim () Não ()

Circule o(s) objeto(s) necessário(s) para fazer a prova:

cama, poltrona, mesa espaçosa, cadeira confortável, máquina de datilografia comum, prancheta.

Registre, se for o caso, **outras condições necessárias, inclusive tempo adicional:**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

**COORDENADORIA DE RESIDÊNCIA MULTRIPROFISSIONAL EM SAÚDE
CONCURSO DE RESIDÊNCIA MULTRIPROFISSIONAL - 2010**

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 Objetiva.

3. OUTROS

Candidato portador de outro tipo de deficiência ou temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

**COORDENADORIA DE RESIDÊNCIA MULTRIPROFISSIONAL EM SAÚDE
CONCURSO DE RESIDÊNCIA MULTRIPROFISSIONAL - 2010**

PROTÓCOLO DE REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

NOME: _____

RG N°: _____ CPF N°: _____

Inscrição nº: _____ Área: _____

Local: _____, _____ de _____ 2009. _____

Carimbo e assinatura do funcionário do campus