

## 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, cubarítimo, 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 MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
CONCURSO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - 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 MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
CONCURSO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - 2010

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

NOME: \_\_\_\_\_

RG Nº: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_

Inscrição nº: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2009. \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do funcionário do campus