

**FORMULÁRIO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA
PROVA PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO CENTRO
UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS 2016**

Nome _____,
portador (a) do RG n.º _____, inscrito (a) no CPF/MF n.º _____,
residente e domiciliado (a) _____, Tel. Res.: _____,
(____) _____ Tel. Com.: (____) _____ Tel. Cel.: (____) _____,
E-mail: _____.

Solicito atendimento especial para a realização da prova do Processo Seletivo,
conforme necessidade (s) assinalada (s) abaixo:

Tipo de deficiência	Atendimento solicitado
<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Física/motora <input type="checkbox"/> Outros (especifique o tipo):	<input type="checkbox"/> Prova ampliada (fonte padrão é Arial 20); <input type="checkbox"/> Auxílio de fiscal para a leitura da prova; <input type="checkbox"/> Auxílio de fiscal para transcrever as respostas das questões para o cartão de resposta; <input type="checkbox"/> Permissão para o uso de aparelho auditivo () bilateral () direito () esquerdo; <input type="checkbox"/> Intérprete de Libras; <input type="checkbox"/> Apoio para perna; <input type="checkbox"/> Mesa para cadeiras de rodas ou limitações físicas; <input type="checkbox"/> Mesa e cadeiras separadas (gravidez de risco ou obesidade); <input type="checkbox"/> Sala para amamentação; <input type="checkbox"/> Sala individual (candidatos com doenças contagiosas/outras); <input type="checkbox"/> Sala em local de fácil acesso (dificuldade de locomoção); <input type="checkbox"/> Outros: especificar no espaço destinado para observações.
Observações:	

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) Candidato (a)

ATENÇÃO: Anexar a este formulário os documentos médicos que comprovem a necessidade de atendimento especial, citado acima, e enviar/entregar os documentos explicitados no item 6 e subitens do Edital.