**Requerimento para Candidato Portador de Necessidades Especiais**

Prezado Senhor

Diretor do Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia (IC-FUC)

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_-\_\_\_\_

Função:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edital nº:\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Deficiência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classificação Internacional de Doenças – CID: \_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo Laudo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Requer por meio deste a inscrição como **Portador de Necessidades Especiais.**

**Observação:** O Laudo Médico deverá ser juntado ao presente requerimento.

**Para uso da Organização (não preencher esta área).**

|  |
| --- |
| [ ] Deferido [ ] Indeferido |
| Observação: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  COORDENADOR DA COREME ICFUC Assinatura |

**Requerimento de Prova Especial**

Marque com um X quadrado correspondente caso necessite, ou não de prova especial.

[ ] Não há necessidade de prova especial

[ ] Há necessidade de prova especial

No quadro a seguir selecione o tipo de prova.

1. **Necessidade físicas 2. Necessidade Visuais** (cego ou pessoa com baixa visão)

[ ] Sala térrea (dificuldade para locomoção [ ] Sala térrea (dificuldade para locomoção)

[ ] Mesa para cadeira de rodas

**3.** Auxílio para preenchimento

[ ] Dificuldade/ impossibilidade de escrever

[ ] Da folha de resposta da prova objetiva

**Para uso da Organização (Não preencher esta área).**

|  |
| --- |
| [ ] Deferido [ ] Indeferido |
| Observação: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  COORDENADOR DA COREME ICFUC Assinatura |

Neste Termos,

P. Deferimento.

Porto Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

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

Assinatura