



**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE DORMENTES - PE**  
**EDITAL DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 001/2023**  
**ANEXO III – DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÃO ESPECIAL**

**ATENÇÃO!**

De acordo com o Edital, o candidato deverá preencher e encaminhar ao BioS Concursos, durante o período de inscrição, RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO, DATADO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO E A DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS.

- Na declaração de solicitação de atendimento especial deverão ser especificadas e indicadas e comprovadas as condições necessárias para a realização das provas, devendo ser enviados por e-mail para o endereço [concurso@biosaprova.com.br](mailto:concurso@biosaprova.com.br), tendo como título o nome: ANEXO III CANDIDATO (NOME DO CANDIDATO)
- O candidato que necessitar de condições especiais para realização da prova, após o período de inscrição, deverá enviar este Requerimento, juntamente com o respectivo Relatório Médico, até às 16 horas do penúltimo dia útil antes da prova devendo ser enviados por e-mail para o endereço [concurso@biosaprova.com.br](mailto:concurso@biosaprova.com.br), tendo como título o nome: ANEXO III CANDIDATO (NOME DO CANDIDATO)

As solicitações do Requerimento de Atendimento Especial serão atendidas segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade.

**PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES, A SEGUIR, EM LETRA LEGÍVEL, PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.**

**DADOS DO CANDIDATO:**

NOME:	
INSCRIÇÃO:	RG:
FUNÇÃO:	
TELEFONE:	CELULAR:

**PARTE I: ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO**

**1. CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA:**

Auditiva ( )      Visual ( )      Física ( )

Outro tipo de deficiência ( ) Especificar qual \_\_\_\_\_

**2. AMAMENTAÇÃO ( )**

**3. DISLEXIA ( )**

**4. TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ( )**

**5. OUTROS MOTIVOS**

Candidato(a) temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado, outro caso)

Acidente ( ) Pós-cirúrgico ( )

Outro caso ( ) Especificar qual \_\_\_\_\_

**PARTE II. DESCRIÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA PROVAS OBJETIVAS**

## 1. CANDIDATO(A) COM DEFICIÊNCIA:

### 1.1 VISUAL

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

Necessita de tempo adicional? Sim ( ) Não ( )

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta? ( ) Sim ( ) Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

Assinale os recursos necessários para realização da prova:

( ) para cegos e visão subnormal – leitor;

( ) para visão subnormal – prova ampliada tamanho de fonte 24.

**NOTA:** A prova para os candidatos com deficiência visual total será lida e registrada por um profissional capacitado. Caso seja necessário, a prova para os candidatos com visão subnormal será lida e registrada por um profissional capacitado. Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias para realização da prova:**

---

### 1.2 AUDITIVA

- a) Deficiência auditiva ( ) Total ( ) Parcial
- b) Faz uso de aparelho? ( ) Sim ( ) Não
- c) Surdo oralizado? ( ) Sim ( ) Não
- d) Surdo não oralizado? ( ) Sim ( ) Não
- e) Necessita de intérprete? ( ) Sim ( ) Não
- f) Necessita de tempo adicional? ( ) Sim ( ) Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias:** \_\_\_\_\_

---

### 1.3 FÍSICA

Parte do corpo: Membro superior (braços/mãos) ( ) Membro inferior (pernas/pés) ( )

Outra parte do corpo. Especificar qual \_\_\_\_\_

Necessita de tempo adicional? ( ) Sim ( ) Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico

Utiliza algum aparelho para locomoção? ( ) Sim. Especificar \_\_\_\_\_ ( ) Não

Necessita de mesa para cadeirante para realização das provas? ( ) Sim ( ) Não

Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias:** \_\_\_\_\_

---

### 1.4 OUTROS TIPOS DE DEFICIÊNCIA

Deficiência: \_\_\_\_\_

Necessita de tempo adicional? Sim ( ) Não ( )

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta? ( ) Sim ( ) Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias:** \_\_\_\_\_

---

## 2. AMAMENTAÇÃO

Nome do infante (filho): \_\_\_\_\_

Nome completo do(a) acompanhante do(a) \_\_\_\_\_

RG Número: \_\_\_\_\_, Órgão expedidor \_\_\_\_\_

Encaminhar cópia da certidão de nascimento da criança.

### 3. DISLEXIA

**Necessita de tempo adicional?** Sim ( ) Não ( )

**Necessita de um fiscal para auxílio na leitura do enunciado das questões?** ( ) Sim ( ) Não

**Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta?** ( ) Sim ( ) Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico que determina essa necessidade, uma vez que não há questões discursivas e nem redação.

### 4. TDAH

**Necessita de tempo adicional?** Sim ( ) Não ( )

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

### 5. OUTROS MOTIVOS

Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença não infectocontagiosa e as condições necessárias para realização da prova:

Acidente ( ) Pós-cirúrgico ( )

Acometido por doença não infectocontagiosa ( ) Especificar qual \_\_\_\_\_

Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias para realização da prova:**

Observação: anexar a este requerimento o laudo médico.

**ATENÇÃO:** Esta declaração e a cópia do respectivo Laudo Médico deverão ser encaminhados até o último dia do período estabelecido no Quadro II, conforme disposto no Edital.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ( ), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

---

### **USO DO BIOS CONCURSOS: DECISÃO DA BANCA ORGANIZADORA DO CONCURSO**

( ) Indeferido. Motivo: \_\_\_\_\_

( ) Deferido. Especificar condições especiais atendidas: \_\_\_\_\_