

## Requerimento para Candidato Portador de Necessidade 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	
Observação:	
_____ COORDENADOR DA COREME ICFC	_____ 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**

[ ] Sala térrea (dificuldade para locomoção

[ ] Mesa para cadeira de rodas

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

[ ] Sala térrea (dificuldade para locomoção)

1.1 Auxílio para preenchimento

[ ] Dificuldade/ impossibilidade de escrever

[ ] Da folha de resposta da prova objetiva

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

[ ] Deferido	
Observação:	
_____ COORDENADOR DA COREME ICFC	_____ Assinatura

Neste Termos,  
P. Deferimento.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura