ANEXO V
FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO – ATENDIMENTO ESPECIAL, PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LACTANTE, GESTANTE, SABATÍSTA E PESSOA TRANSGÊNERA

Nome completo do solicitante:

Número da identidade:

Número do CPF:

Cargo:

Telefone:

1.	**Candidato(a) necessita de atendimento especial**	**Não**		**Sim**	
	Se sim:	Não		Sim	
	Intérprete de libras	Não		Sim	
	Ledor	Não		Sim	
	Mesa para cadeirante	Não		Sim	
	Prova com fonte ampliada (fonte tamanho 24)	Não		Sim	
	Sala de fácil acesso (andar térreo com rampa)	Não		Sim	
	Tempo adicional (uma hora a mais de prova)	Não		Sim	
	Transcritor	Não		Sim	
	Uso de prótese auditiva	Não		Sim	
	Outro, especificar:				
	Obrigatório envio de documentos conforme edital				
2.	**Candidato(a) possui deficiência**	**Não**		**Sim**	
	Se sim: Especifique a deficiência:				
	N.º do CID:				
	Nome do médico que assina do Laudo:				
	N.º do CRM:				
	Obrigatório envio de documentos conforme edital				
4.	**Candidata é lactante**	**Não**		**Sim**	
	Obrigatório envio de documentos conforme edital				
5.	**Candidata é gestante**	**Não**		**Sim**	
	Obrigatório envio de documentos conforme edital				
6.	**Pessoa sabatísta**	**Não**		**Sim**	
	Obrigatório envio de documentos conforme edital				
6.	**Pessoa transgênero**	**Não**		**Sim**	
	Obrigatório envio de documentos conforme edital				

Por ser expressão da verdade.

Pede deferimento.

_____ - ____, _____de 2025.

_____
CANDIDATO(A)

CPF:_____