ESTADO DE PERNAMBUCO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DORMENTES
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
EDITAL Nº 001/2025
SELEÇÃO DE DIRETOR ESCOLAR E DIRETOR ESCOLAR ADJUNTO
ANEXO VII - FORMULÁRIO PARA 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 em campo próprio do endereço eletrônico www.biosconcursos.com.br.
- 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 18 horas do penúltimo dia útil antes da prova** devendo ser enviados por e-mail para o endereço concurso@biosaprova.com.br, tendo como título o nome: ANEXO VII 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:		
CPF		**RG:**
CARGO:	**ESCOLA**	
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 PROVA OBJETIVA

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** – ledor;
( ) **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 para realização da prova**:

_____

_____

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

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 (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

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: _____
_____
_____