

ANEXO I

Requerimento específico para candidato inscrito na condição de Pessoa com Deficiência (PcD)

Edital nº 02/2026 - HCPA

Processo Seletivo: _____

Nome do(a) candidato(a) _____ (nº de Inscrição) _____

Vem **REQUERER** sua inscrição, como **CANDIDATO NA CONDIÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**, apresentando o ATESTADO MÉDICO com CID (preencher os dados abaixo, com base no laudo).

a) Tipo de deficiência: _____

b) Código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID: _____

c) Nome e CRM do Médico Responsável pelo atestado: _____

(OBS.: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres)

O candidato inscrito na condição de Pessoa com Deficiência, aprovado na Prova Escrita, deverá enviar, obrigatoriamente, para o endereço eletrônico concursos.documentos@faurgs.com.br, no prazo a ser divulgado posteriormente no site da FAURGS, o **Atestado Médico digitalizado**, comprovando a espécie e o grau ou o nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID. Este deverá conter ainda, obrigatoriamente, o nome, a assinatura, a data e o número do CRM do Médico, com a indicação da provável causa da deficiência, **emitido com antecedência máxima de um (1) ano da publicação deste Edital**.

Informações para a aplicação das PROVAS (marcar com X o local apropriado):

() **NÃO NECESSITO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

() **NECESSITO DE ATENDIMENTO ESPECIAL** (assinalar abaixo o atendimento necessário) – **Obs.: Atender o especificado no subitem 4.5.11.**

- () Auxílio para preenchimento da Folha de Respostas (Folha Óptica)
- () Braille
- () Intérprete de Libras
- () Ledor
- () Prova ampliada (especificar tamanho da fonte)
- () Fácil acesso ou sala térrea
- () Tempo adicional (conforme subitem 4.6.8)
- () Outros tipos de atendimento especial (descrever abaixo e justificar)

OBS.: É obrigatório anexar a este requerimento preenchido, o ATESTADO MÉDICO com CID e o Documento de Identificação e CPF, digitalizados.

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) candidato (a): _____

ANEXO II

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DE PROVA

Edital nº 02/2026 - HCPA

Processo Seletivo: _____

Nome do (a) candidato(a) _____ (nº de Inscrição)

Vem **REQUERER** atendimento e/ou condição especial para a realização de provas, enviando o **Atestado Médico, digitalizado**, que comprova o tipo de necessidade, bem como as condições diferenciadas de que necessita (preencher os dados abaixo, com base no atestado).

Código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID: _____

Nome e CRM do Médico Responsável pelo Atestado: _____

Obs.: No prazo especificado no cronograma deste Edital, o candidato que necessite de atendimento e/ou condição especial deverá preencher esta solicitação e anexá-la, juntamente com a digitalização do Atestado Médico que comprove o tipo de necessidade e/ou condições diferenciadas de que necessite, em [link eletrônico, disponível no site da FAURGS](#), conforme subitem 4.5.11 do Edital.

As solicitações serão avaliadas e autorizadas pela FAURGS, levando em consideração as possibilidades, a razoabilidade do pedido e as disposições deste Edital. O candidato que solicitar atendimento e/ou condição especial para a realização da prova deverá verificar a resposta de seu pedido, bem como o tipo de atendimento concedido, no site da FAURGS.

Marque abaixo o atendimento necessário:

- ☐ Amamentação
- ☐ Auxílio para preenchimento da Folha de Respostas (Folha Óptica)
- ☐ Braille
- ☐ Intérprete de Libras
- ☐ Ledor
- ☐ Prova ampliada (especificar tamanho da fonte)
- ☐ Fácil acesso ou sala térrea
- ☐ Tempo adicional (conforme subitem 4.6.8)
- ☐ Outros tipos de atendimento especial (descrever abaixo e justificar)

Atenção: É obrigatório enviar o **Atestado Médico juntamente com este requerimento**.

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) candidato (a): _____

