

REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA A PROVA DO VESTIBULAR UEL 2027

Eu, _____,

RG: _____, UF _____, CPF: _____,

Curso: _____,

Turno: (_____), solicito atendimento especial, abaixo especificado, para o PROCESSO SELETIVO

VESTIBULAR UEL 2027, conforme regulamentado na RESOLUÇÃO CEPE Nº 026/2026:

- Especificar abaixo o tipo de atendimento especial para o dia da prova (COM LETRA DE FORMA).
- Após preencher este requerimento, ANEXÁ-LO, NO SISTEMA DE INSCRIÇÃO, NA FORMA DE *UPLOAD*, EM UM ÚNICO ARQUIVO (em formato PDF), JUNTAMENTE COM O **ATESTADO MÉDICO**/LAUDO (legível e **assinado pelo médico** responsável), CONTENDO O NÚMERO DO **CID-10**, NÚMERO DO CRM DO MÉDICO, DATA, o MOTIVO DO ATENDIMENTO SOLICITADO e NOME COMPLETO DO CANDIDATO(A).
- Para amamentação ou outros tipos de atendimentos especiais, observar os documentos prescritos no §4º do art. 48 da Resolução CEPE/Uel nº 026/2026. Os documentos e este requerimento preenchido e assinado deverão ser anexados (na forma de *upload*), em um único arquivo (com formato PDF), no momento da inscrição realizada via internet.
- **ATENÇÃO: A FALTA DESTE REQUERIMENTO ASSINADO E DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DO TIPO DE NECESSIDADE, INVIABILIZARÁ O ATENDIMENTO.**



Declaro estar ciente de que as informações aqui relatadas são de minha inteira responsabilidade e de que, se constatado fraude ou inverdade nos dados prestados, serei eliminado(a) automaticamente deste processo seletivo, acarretando-me as responsabilidades cíveis, criminais ou administrativas, conforme §13 do art. 48 e art. 126 da Resolução Cepe/UEL nº 026/2026.

_____, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do Candidato

Tipo/Modalidade do Atendimento: () **AUDITIVA** () **VISUAL** () **FÍSICA** () **AMAMENTAÇÃO** () **OUTROS**

Especificar, se a opção for “Outros” _____

Endereço: _____, _____ Bairro: _____

Cidade: _____ - UF _____ CEP: _____

Telephone: **DDD** () _____ Celular: **DDD** () _____