



**ANEXO V – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO PARA  
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

À Comissão do Processo Seletivo Público Simplificado para Contratação Temporária de Profissional Tradutor / Intérprete da Língua Brasileira de Sinais – Libras

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_  
e CPF nº \_\_\_\_\_, nos termos do artigo 27 do Decreto nº 3.298 de 20/12/1999,  
solicito atendimento diferenciado conforme segue:

Tipo de deficiência:

Tipo de atendimento especial:

\* Não esquecer o anexo obrigatório disposto no item 4.4.1 deste edital.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura