



**ANEXO V**

**EDITAL Nº 003/2019**

**MODELO DE REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**

No quadro a seguir, selecionar o tipo de prova e/ou o tratamento especial necessário(s).

<p><b>1. Necessidades físicas:</b> <input type="checkbox"/> sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de aumentar seu bebê) <input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade para locomoção) <input type="checkbox"/> sala individual (candidato com doença contagiosa/outras) <input type="checkbox"/> maca <input type="checkbox"/> mesa para cadeiras de rodas <input type="checkbox"/> apoio para perna Mesas e cadeiras separadas (<input type="checkbox"/>) gravidez de risco <input type="checkbox"/> obesidade <input type="checkbox"/> limitações físicas Auxílio para preenchimento: dificuldade/impossibilidade de escrever <input type="checkbox"/> da folha de resposta da prova objetiva Auxílio para leitura (ledor) (<input type="checkbox"/>) dislexia <input type="checkbox"/> tetraplegia</p>	<p><b>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</b> <input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (ledor) <input type="checkbox"/> prova em braille e ledor <input type="checkbox"/> prova ampliada ( fonte entre 14 e 16) <input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28) <b>3.Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</b> <input type="checkbox"/> intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) <input type="checkbox"/> leitura labial</p>
--	--

Outras

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato