



**ANEXO V**

**EDITAL Nº 005/2020**

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

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

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

Outras

---

---

---

---

---

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