



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA

ESTADO DE MATO GROSSO

CNPJ 03.239.043/0001-12



## **ANEXO IV**

**EDITAL Nº 001/2022**

### **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>1. Necessidades físicas:</p> <p>( ) sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)</p> <p>( ) sala térrea (dificuldade para locomoção)</p> <p>( ) sala individual (candidato com doença contagiosa/outras)</p> <p>( ) maca</p> <p>( ) mesa para cadeira de rodas</p> <p>( ) apoio para perna</p> <p>1.1. Mesa e cadeiras separadas</p> <p>( ) gravidez de risco</p> <p>( ) obesidade</p> <p>( ) limitações físicas</p> <p>1.2. Auxílio para preenchimento: dificuldade/ impossibilidade de escrever)</p> <p>( ) da folha de respostas da prova objetiva</p> <p>1.3. Auxílio para leitura (ledor)</p> <p>( ) dislexia</p> <p>( ) tetraplegia</p>	<p>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</p> <p>( ) auxílio na leitura da prova (ledor)</p> <p>( ) prova em braille e ledor</p> <p>( ) prova ampliada (fonte entre 14 e 16)</p> <p>( ) prova superampliada (fonte 28)</p> <p>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</p> <p>( ) intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)</p> <p>( ) leitura labial</p>
---	---

( ) Outras \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO