



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA

ESTADO DE MATOGROSSO

CNPJ03.239.043/0001-12



ANEXO V

EDITAL Nº 001/2019

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>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