



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA

ESTADO DE MATO GROSSO

CNPJ 03.239.043/0001-12



ANEXO IV

EDITAL Nº 001/2024

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><input type="checkbox"/> sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar 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 cadeira de rodas</p> <p><input type="checkbox"/> apoio para perna</p> <p>1.1. Mesa e cadeiras separadas</p> <p><input type="checkbox"/> gravidez de risco</p> <p><input type="checkbox"/> obesidade</p> <p><input type="checkbox"/> limitações físicas</p> <p>1.2. Auxílio para preenchimento: dificuldade/ impossibilidade de escrever)</p> <p><input type="checkbox"/> da folha de respostas da prova objetiva</p> <p>1.3. Auxílio para leitura (ledor)</p> <p><input type="checkbox"/> dislexia</p> <p><input type="checkbox"/> tetraplegia</p>	<p>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</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>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</p> <p><input type="checkbox"/> intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)</p> <p><input type="checkbox"/> leitura labial</p>
---	---

Outras _____

ASSINATURA DO CANDIDATO