

## ANEXO VI

### REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E/OU DE TRATAMENTO ESPECIAL

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2016 - MUNICÍPIO DE CENTRAL DO MARANHÃO - EDITAL Nº 001/2016

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

Nº da inscrição: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

Tel.: fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Marque com um X no quadrado correspondente caso necessite, ou não, de prova especial e (ou) de tratamento especial.

NÃO HÁ NECESSIDADE DE PROVA ESPECIAL E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL

HÁ NECESSIDADE DE PROVA E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL NECESSÁRIO(S)

(No quadro a seguir, selecionar 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 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><b>1.1. Mesa e cadeiras separadas</b></p> <p><input type="checkbox"/> gravidez de risco;</p> <p><input type="checkbox"/> obesidade;</p> <p><input type="checkbox"/> limitações físicas</p> <p><b>1.2. Auxílio para preenchimento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> dificuldade/ impossibilidade de escrever) da folha de respostas da prova objetiva</p>	<p><b>1.3. Auxílio para leitura (ledor)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 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 braile e ledor</p> <p><input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16)</p> <p><input type="checkbox"/> prova super-ampliada (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>
--	---

**Atenção:** Para o atendimento das condições solicitadas, verificar a obrigatoriedade de apresentação de LAUDO MÉDICO com CID emitido há menos de um ano, acompanhado deste requerimento preenchido. No caso de pedido de tempo adicional, é obrigatório PARECER ORIGINAL emitido por especialista da área de sua deficiência justificando sua necessidade junto a esse requerimento.

Dados especiais para aplicação das PROVAS:

(Discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário e/ou tratamento especial.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Central do Maranhão (MA), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)