

EDITAL FEMAR 1/2023
ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA ATENDIMENTO À NECESSIDADES ESPECIAIS
PARA REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA

NOME DO CANDIDATO				
INSCRIÇÃO				
CARGO				
Marque o (s) Tipo (s) de Auxílio (s) Necessário (s) para a realização da Prova				
Tipo De Auxílio				
Caderno e Questões Ampliado		Cartão de Respostas Ampliado		
Cadeira de Canhoto		Condição especial para amamentação		
Sala de fácil acesso		Ledor		
Sala Isolada		Tempo Adicional		
Transcritor		Interprete De Libras		
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO				
MOTIVO PARA RECEBER O AUXÍLIO				
TENDO EM VISTA OS PROCEDIMENTOS DE SEGURANÇA, INDIQUE AQUI SE:				
Possui Prótese Metálica		For usuário de Aparelho Auditivo		
For usuário de Bomba de Insulina		For usuário de Cateter Quimioterápico		
For usuário de Marca-Passo		Outros		
No caso de outros especificar				
NO CASO DE CANDIDATO DEFICIENTE, INDIQUE AQUI O TIPO DE DEFICIÊNCIA				
AUDITIVA				
Bilateral		Parcial		Total
FÍSICA				
Amputação ou ausência de Membro		Hemiparesia		Hemiplegia
Membros com deformidade congênita ou adquirida		Nanismo		Ostomia
Paralisia Cerebral		Tetraplegia		Tetraparesia
Triplegia		Triparesia		
VISUAL				
Baixa Visão		Cegueira		Visão Monocular
Outra (especifique)				

Data: ____/____/2023.

ASSINATURA DO CANDIDATO

