

EDITAL FEMAR 2/2023
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 DEFICIÊNTE, 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		Tri paresia	
VISUAL			
Baixa Visão		Cegueira	Visão Monocular
Outra (especifique)			

Data: _____/_____/2024.

ASSINATURA DO CANDIDATO