



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**  
**INSTITUTO DE LINGUAGENS**

EXAME DE PROFICIÊNCIA EM LÍNGUAS ESTRANGEIRAS E ADICIONAIS - UFMT

Avenida Fernando Corrêa da Costa, 2367 - Cuiabá - Mato Grosso - CEP: 78060-900  
Telefones: 3615-8400 / 3615-8402 - endereço eletrônico: proficienciaufmt@gmail.com

EDITAL 01/2021

**ANEXO I**

**ATENÇÃO!**

O próximo formulário destina-se aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização do Exame de Proficiência em Línguas Estrangeiras e Adicionais.

Os candidatos que necessitarem de atendimento especial deverão solicitá-lo à Coordenação da Prova de Proficiência, até a data de **06 de agosto de 2021 (sexta-feira)**, por meio de abertura de processo no Sistema Eletrônico de Informações – SEI, disponível no site <http://www.ufmt.br/ufmt/site/> e endereçado à IL - Secretaria do Instituto. O processo deverá ser instruído com:

- a) Este requerimento;
- b) Relatório ou laudo médico atualizado, datado, assinado e carimbado pelo médico.

Neste requerimento de solicitação de atendimento especial deverão ser especificadas e indicadas as condições necessárias para a realização da prova.

Devido às especificidades da prova, não será possível atendimento de solicitações fora do prazo estipulado no Edital.

As solicitações deste Requerimento de Atendimento Especial serão atendidas segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade, considerando a modalidade da prova online, e as limitações operacionais ocasionadas pela pandemia COVID-19.

**PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES A SEGUIR, PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO(A) EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL**



### REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

À Coordenação do Exame de Proficiência em Línguas Estrangeiras e Adicionais,

Eu,....., candidato(a) do Edital 01/2021, portador(a) do documento de identificação nº....., CPF:..... Telefone(s)....., venho requerer atendimento especial para realizar a prova, conforme as informações prestadas a seguir:

Campus:.....

Idioma:.....

Área:.....

Local, Data

Assinatura do(a) candidato(a)

#### ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

##### 1. CANDIDATO(A) COM DEFICIÊNCIA:

Auditiva ( ) Física ( ) Paralisia Cerebral ( ) Mental ( ) Visual ( )

Outro tipo de deficiência e/ou necessidade especial. Especificar qual:

2. AMAMENTAÇÃO ( )

3. DISLEXIA ( )

4. TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) ( )

##### 5. OUTROS MOTIVOS

Candidato(a) temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado, outro caso)

Acidente ( ) Pós-cirúrgico ( ) Acometido por doença ( ) Especificar qual: .....

.....

#### CONDIÇÕES ESPECIAIS

##### 1. CANDIDATO(A) COM DEFICIÊNCIA:

###### 1.1 VISUAL

Total (cego) ( )

Subnormal (parcial) ( )

Necessita de tempo adicional? Sim ( )

Não ( )

Necessita de um fiscal para preenchimento da folha de resposta? ( ) Sim ( ) Não. Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.



Circule os recursos necessários para realização da prova: **a) para cegos** – ledor;  
**b) para visão subnormal** – ledor, prova ampliada.

Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte. Observe os exemplos abaixo.

Tamanho 14 ( ) Tamanho 16 ( ) Tamanho 18 ( )

**NOTA:** A prova para os candidatos com deficiência visual total será lida e registrada por um profissional capacitado.

Caso seja necessário, a prova para os candidatos com visão subnormal será lida e registrada por um profissional capacitado.

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias para realização da prova:

### 1.2 AUDITIVA

a)	Deficiência auditiva	( )total ( )parcial
b)	Faz uso de aparelho?	( )sim ( )não
c)	Surdo oralizado?	( )sim ( )não
d)	Surdo não oralizado?	( )sim ( )não
e)	Necessita de intérprete de LIBRAS?	( )sim ( )não
f)	Necessita de tempo adicional?	( )sim ( )não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

**Importante:** O(a) candidato(a) com deficiência auditiva terá direito à correção diferenciada da prova na qual serão adotados mecanismos flexíveis que valorizem os conteúdos semânticos, de acordo com o Decreto n. 3298, de 20/12/1999, e Decreto n. 5626, de 22/12/2005. Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias:

.....  
 .....  
 .....

### 1.3 FÍSICA

Parte do corpo: Membro superior (braços/mãos) ( ) Membro inferior (pernas/pés) ( )

Outra parte do corpo. Especificar qual.....

**Necessita de tempo adicional?** ( ) Sim ( ) Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

**Necessita de um fiscal para preenchimento da folha de resposta?** ( ) Sim ( ) Não. Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

**Utiliza algum aparelho para locomoção?** ( ) Sim ( ) Não.

Especificar.....

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias:.....

### 1.4 OUTROS TIPOS DE DEFICIÊNCIA

Deficiência: .....

**Necessita de tempo adicional?** Sim ( ) Não ( )

**Necessita de um fiscal para preenchimento da folha de resposta?** ( ) Sim ( ) Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico. Registre, se for o caso,



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
INSTITUTO DE LINGUAGENS

EXAME DE PROFICIÊNCIA EM LÍNGUAS ESTRANGEIRAS E ADICIONAIS - UFMT

Avenida Fernando Corrêa da Costa, 2367 - Cuiabá - Mato Grosso - CEP: 78060-900  
Telefones: 3615-8400 / 3615-8402 - endereço eletrônico: proficienciaufmt@gmail.com

outras condições especiais necessárias:.....

## 2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do(a) acompanhante do(a) bebê: .....

N. do documento de identificação: ..... Órgão expedidor:.....

A candidata que estiver amamentando, além de solicitar atendimento especial para tal fim, deverá **encaminhar cópia da certidão de nascimento da criança**. Além disso, deverá anexar este Requerimento devidamente preenchido, **cópia legível do documento de identificação do(a) acompanhante**. O(a) acompanhante somente terá acesso ao local de prova mediante a apresentação do documento de identificação original.

## 3. DISLEXIA

**Necessita de tempo adicional?** Sim ( ) Não ( )

**Necessita de um fiscal para auxílio na leitura do enunciado das questões?** ( ) Sim ( ) Não.

**Necessita de um fiscal para preenchimento da folha de resposta?** ( ) Sim ( ) Não. Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

## 4. TDAH

**Necessita de tempo adicional?** Sim ( ) Não ( )

**Necessita de local de prova com menos candidatos?** Sim ( ) Não ( )

Caso tenha respondido SIM, anexe a esse Requerimento, **ALÉM DO RELATÓRIO MÉDICO OU PSICOLÓGICO**.

## 5. OUTROS MOTIVOS

Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias para realização da prova:

Acidente ( ) Pós-cirúrgico ( ) Acometido por doença ( ) Especificar qual \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**  
**INSTITUTO DE LINGUAGENS**

EXAME DE PROFICIÊNCIA EM LÍNGUAS ESTRANGEIRAS E ADICIONAIS - UFMT

Avenida Fernando Corrêa da Costa, 2367 - Cuiabá - Mato Grosso - CEP: 78060-900

Telefones: 3615-8400 / 3615-8402 - endereço eletrônico: proficienciaufmt@gmail.com

Outro caso ( ) Especificar qual

---

Registre, \_\_\_\_\_ se for o caso, outras condições especiais necessárias para realização da prova: