EDITAL 04/2019

# 

# ANEXO II

**ATENÇÃO!**

Este formulário destina-se aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização da prova de Proficiência em Línguas Estrangeiras e Português para Estrangeiros.

Os candidatos que necessitarem de atendimento especial deverão solicitá-lo à Coordenação da Prova de Proficiência, até a data de **30 de outubro de 2019 (quarta-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:

1. Este requerimento;
2. 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 em Edital.

As solicitações deste Requerimento de Atendimento Especial serão atendidas segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade.

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES A SEGUIR, PARA QUE

POSSAMOS ATENDÊ-LO(A) EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA

POSSÍVEL.

**EDITAL 04/2019**

# ANEXO II

**REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

À Coordenação do Exame de Proficiência em Línguas Estrangeiras e Português para Estrangeiros.

Eu, ................................................................................................................., candidato(a) do Edital 04/2019, 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 ( ) Especificar qual

1. **AMAMENTAÇÃO** ( )
2. **DISLEXIA** ( )
3. **TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade)** ( )
4. **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. Especificar ( ) Não

**Necessita de mobiliário especial para realização das provas?** ( ) Sim ( )Não - Circule o(s) objeto (s) necessário (s) para realização da prova: **cama, poltrona, mesa espaçosa, cadeira confortável, prancheta.**

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, outras **condições especiais necessárias**:

**2. AMAMENTAÇÃO**

Nome completo do(a) acompanhante do(a) bebê:\_

N. do documento de identificação

Orgão 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.

1. **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.

1. **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.**

**4. 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

Outro caso ( ) Especificar qual

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