

**ANEXO VI**  
**REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA**

Ilmo. Sr.

Presidente da Comissão de Concurso Público da Prefeitura de Goiânia.

NESTA

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento de Identificação nº. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_,  
candidato ao cargo \_\_\_\_\_ inscrição  
nº. \_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
telefones: ( ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, venho requerer de V. S.<sup>a</sup>  
condições especiais para realizar a prova, por ser portador de deficiência, conforme as informações  
prestadas no questionário a seguir e comprovadas com Laudo Médico anexo.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

Atenção! Você está solicitando uma sala especial, assim realizará a prova em uma sala preparada para atendê-lo em suas necessidades. Este formulário, devidamente preenchido, deverá ser entregue, pessoalmente ou encaminhado, às suas expensas, via SEDEX, até às 17 h do dia 08 de maio de 2007 para a Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos, Rua 16, esquina com rua 12 nº 97, Edifício Capemi – 1º andar, Setor Central – Goiânia-Go, CEP: 74.015-020, juntamente com o Laudo Médico que especifique o grau ou o tipo de deficiência.

**QUESTIONÁRIO**

Preencha corretamente as informações que correspondam ao seu tipo de deficiência.

Tipo de deficiência:

1. visual       2. auditiva       3. física       4. outra \_\_\_\_\_

**1. DEFICIÊNCIA VISUAL**

Total (cego)       Subnormal (parcial)

Recursos necessários para fazer a prova:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obs.: Os recursos permitidos são:

- a) para cegos – Ledor, Máquina Perkins, reglete de mesa, punção, cubarítmo, sorobã, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;
- b) para visão subnormal – Ledor, lupa manual, luminária ou abajur, papel para rascunho, caneta, pincel atômico, mapas e gráficos em relevo, máquina de datilografia comum e prova ampliada.

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

Tamanho 14  Tamanho 16  Tamanho 18  Tamanho 20

**NOTA: A prova para os deficientes visuais totais será lida e registrada por um profissional capacitado. Para a maior segurança do candidato, todos os procedimentos adotados durante a realização da prova serão gravados em fitas cassetes, que serão ouvidas posteriormente, para conferir se o registro foi fiel ao que foi dito pelo candidato.**

## 2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Total  Parcial

Faz uso de aparelho?  Sim  Não

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 3. DEFICIÊNCIA FÍSICA

Parte do corpo:

Membro superior (braços/mãos)  Membro inferior (pernas/pés)

Outra parte do corpo. Qual? \_\_\_\_\_

Necessita de um fiscal para preencher o cartão-resposta?

Sim  Não

Utiliza algum aparelho para locomoção?

Sim Qual? \_\_\_\_\_

Não

Necessita de algum móvel especial para fazer as provas?

Sim Qual? \_\_\_\_\_

Não

Obs.: Objetos permitidos: cama, poltrona, mesa espaçosa, cadeira confortável, máquina de datilografia comum.

Registre, se for o caso, outras condições necessárias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4. OUTRA

Se você é portador de outro tipo de deficiência ou está temporariamente com problemas de saúde, registre, a seguir, o tipo/doença e as condições desejadas.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato