**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO –**
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**
**INSTITUTO DE LINGUAGENS - DEPARTAMENTO DE LETRAS**
**PROVA DE PROFICIÊNCIA EM LÍNGUAS ESTRANGEIRAS E PORTUGUÊS PARA ESTRANGEIROS – NOVEMBRO/2018**

EDITAL 04/2018

**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.

De acordo com o Edital 04/2018, o(a) candidato(a) deverá preencher e encaminhar à Coordenação da Proficiência, durante o período definido no Edital, RELATÓRIO OU LAUDO MÉDICO ATUALIZADO, DATADO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO E O REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS.

- No requerimento de solicitação de atendimento especial deverão ser especificadas e indicadas as condições necessárias para a realização da prova.
- O candidato deve encaminhar sua solicitação e documentos para o e-mail: proficiencia@ufmt.br até a data de **06 de novembro de 2018**.
- Devido às especificidades da prova, não será possível atendimento de solicitações fora do prazo estipulado em Edital.
- As solicitações do 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.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO –**
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**
**INSTITUTO DE LINGUAGENS - DEPARTAMENTO DE LETRAS**
**PROVA DE PROFICIÊNCIA EM LÍNGUAS ESTRANGEIRAS E PORTUGUÊS PARA ESTRANGEIROS – NOVEMBRO/2018**

EDITAL 04/2018

**ANEXO II**

REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

À Coordenação da Prova de Proficiência em Línguas Estrangeiras e Português para Estrangeiros.

Eu, ....., candidato(a) do Edital 04/2018, 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_____

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_____

Outro caso ( ) 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? | ( )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 _____
Órgão expedidor_____

A candidata que estiver amamentando, além de solicitar atendimento especial para tal fim, deverá encaminhar cópia da certidão de nascimento da criança, durante o período de inscrição. 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 exigido no subitem LAUDO 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:**

_____

Observação: anexar a este requerimento o laudo médico.