



## MUNICÍPIO DE CÉU AZUL

Estado do Paraná  
Av. Nilo Umb. Deitos, 1426–Centro– CEP 85840-000 – Fone (45)3266-1122 / Fax 3266-1755  
CNPJ 76.206.473/0001-01

### ANEXO V – FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE TRATAMENTO DIFERENCIADO PARA REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA

Candidato: \_\_\_\_\_

Nº de inscrição: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Selecione uma ou mais opções de tratamento diferenciado:

	Sala de mais fácil acesso (deficiências física com séria dificuldade de locomoção)
	Necessidade de uso de aparelho auditivo (deficiência auditiva séria)
	Prova Ampliada (deficiência visual séria não corrigida pelo uso de lentes) Indicar fonte e tamanho: _____
	Prova em Braille (deficiência visual séria não corrigida pelo uso de lentes)
	Lactante (levar acompanhante para ficar com a criança)
	Tempo adicional para a prova (somente aos candidatos Portadores de Deficiência)
	Outro tipo de tratamento diferenciado (especificar):

Este formulário deverá ser enviado à FAUEL para fins de solicitação de tratamento diferenciado para realização da prova objetiva, juntamente com documento que comprove a necessidade do presente pedido. O resultado do pedido do tratamento diferenciado/atendimento especial será divulgado em edital quando da homologação das inscrições.

Céu Azul, -----(data)-----.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Candidato