



ANEXO IV - REQUERIMENTO DE VAGA COMO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS E/OU PEDIDOS DE ATENDIMENTO ESPECIAL

INFORMAÇÕES DO CANDIDATO	
NOME COMPLETO:	
CPF:	
CARGO:	
TIPO DE DEFICIÊNCIA DE QUE É PORTADOR:	
CÓDIGO CORRESPONDENTE DA (CID):	

INFORMAÇÕES DO MÉDICO RESPONSÁVEL	
NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO LAUDO:	
CRM DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO LAUDO:	

Requer vaga especial como PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS. Nessa ocasião, o(a) referido(a) candidato(a) apresentou LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constamos seguintes dados:

OBSERVAÇÃO: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres. Ao assinar este requerimento, o (a) candidato (a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no *Diário Oficial da União* de 3 de dezembro de 2004, especialmente no que concerne ao conteúdo do item 5 deste edital, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não-homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E (OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL

Marque com um X no quadrado correspondente caso necessite, ou não, de prova especial e (ou) de tratamento especial.

NECESSITO DE PROVA ESPECIAL E(OU)DE TRATAMENTO ESPECIAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #f4a460;"> <th style="padding: 2px;">SIM</th> <th style="padding: 2px;">NÃO</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	SIM	NÃO		
SIM	NÃO				

No quadro a seguir, selecionar o tipo de prova e(ou) o tratamento especial necessário(s).

<p>1. Necessidades físicas:</p> <p><input type="checkbox"/> sala para amamentação (candidato que tiver necessidade de amamentar seu bebê)</p> <p><input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade para locomoção)</p> <p><input type="checkbox"/> sala individual (candidato com doença contagiosa/outras)</p> <p><input type="checkbox"/> maca</p> <p><input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas</p> <p><input type="checkbox"/> apoio para perna</p> <p>1.1. Mesa e cadeiras separadas</p> <p><input type="checkbox"/> gravidez de risco</p> <p><input type="checkbox"/> obesidade</p> <p><input type="checkbox"/> limitação físicas</p>	<p>1.2. Auxílio para preenchimento:</p> <p><input type="checkbox"/> dificuldade/impossibilidade de escrever a folha de respostas da prova objetiva</p> <p>1.3. Auxílio para leitura (leitor)</p> <p><input type="checkbox"/> dislexia</p> <p><input type="checkbox"/> tetraplegia</p> <p>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</p> <p><input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (leitor)</p> <p><input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16)</p> <p><input type="checkbox"/> prova super ampliada (fonte 28)</p> <p>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</p> <p><input type="checkbox"/> intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)</p>
---	---

_____, _____ de _____ 2019

Assinatura do (a) candidato (a)