

Anexo II – Formulário de Requerimento de Condições Especiais Para as Provas Seletivas

O(A) candidato(a) _____, portador do nº CPF _____, que concorre ao Edital de abertura nº 94/2020 do Concurso Público vem requerer:

- a) () inscrição no modo de acesso de Pessoas Com Deficiência – PCD;
b) () solicitação de atendimento especial no dia de aplicação de provas.

Nº da inscrição: _____ Cargo : _____

Nessa ocasião, o(a) referido candidato(a) apresentou o LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência que é portador: _____.

Código correspondente da (CID): _____.

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo: _____.

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 03 de dezembro de 2004, 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 E/OU DE TRATAMENTO ESPECIAL

Será necessário prova especial e/ou tratamento especial? Não Sim – marque o tipo de tratamento especial

1. Necessidades físicas e gerais:

- () Necessidade de amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)
() Sala térrea ou com acesso facilitado para cadeirante (elevador)
() Sala individual (candidato com doença contagiosa/outras) Especificar _____.
() Mesa para cadeira de rodas
() Apoio para perna
() Tempo adicional de 01 hora (com justificativa acompanhada de parecer emitido por especialista da área de sua deficiência, no prazo estabelecido neste Edital)

2. Auxílio para preenchimento (dificuldade/impossibilidade de escrever)

- () Da Grade de respostas da prova objetiva

3. Necessidades visuais (deficiente visual ou com pessoa de baixa visão)

- () Auxílio na leitura da prova (ledor)
() Prova ampliada simples (fonte entre 14 a 16)
() Prova ampliada especial (fonte entre 18 a 26-especificar o nº da fonte) Observações: _____.
() Prova em braile

4. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)

- () Intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)
() Uso de prótese auditiva (deverá constar especificamente no laudo médico a determinação do uso)

_____, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do(a) candidato(a)