



Prefeitura de Porto Alegre

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E PATRIMÔNIO

EQUIPE DE SELEÇÃO - CSI/DGPES/SMAP

EDITAL DE ABERTURA 059/2022

CONCURSOS PÚBLICOS Nº 661 A 718 E 720 - DIVERSOS CARGOS

Processo nº 22.0.000078737-3

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

O(A) candidato(a) _____, portador do nº CPF _____, que concorre ao Edital nº 059/2022 do Concurso Público vem requerer:

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

Nº da inscrição: _____ Cargo Público: _____

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) *A candidata que não levar acompanhante adulto não poderá permanecer com a criança no local de realização das provas.*

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 médico 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 18 a 20)

Prova ampliada especial (fonte entre 20 a 26-especificar o n.º 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)

5. Outros.

uso do nome social por pessoa trans: _____

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do candidato (a)

ATENÇÃO: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER IMPRESSO, DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ENVIADO JUNTAMENTE COM O ATESTADO MÉDICO, CONFORME PREVISTO NESTE EDITAL.