

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTELO DO PIAUI-PI
CNPJ Nº 06.554.315/0001-67
PROCESSO SELETIVO EDITAL Nº 01/2017
CRESCER CONSULTORIAS



ANEXO IV

EDITAL Nº. 001/2017 TESTE SELETIVO DO MUNICIPIO DE CASTELO DO PIAUI - PI

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CANDIDATO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS OU QUE NECESSITAM DE CUIDADOS ESPECIAIS

REQUERIMENTO DE VAGA COMO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS

O(A) candidato(a) _____, CPF n.º _____, candidato (a) à seleção para provimento de vagas para o cargo _____ regido pelo Edital n.º 001/2017 requerer 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:

Tipo de deficiência de que é portador: _____.

Código correspondente da (CID): _____.

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo: _____.

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 1.9 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.

NÃO HÁ NECESSIDADE DE PROVA ESPECIAL E (OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL

NECESSIDADE DE PROVA E (OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL

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

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

_____, _____ de _____ 2017

Assinatura do (a) candidato (a)