

**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

| SIM                      | NÃO                      |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018

Assinatura do (a) candidato (a)