

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

**INFORMAÇÕES DO CANDIDATO**

<b>NOME COMPLETO:</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>CARGO:</b>	
<b>TIPO DE DEFICIÊNCIA DE QUE É PORTADOR:</b>	
<b>CÓDIGO CORRESPONDENTE DA (CID):</b>	

**INFORMAÇÕES DO MÉDICO RESPONSÁVEL**

<b>NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO LAUDO:</b>	
<b>CRM DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO LAUDO:</b>	

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

<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>

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

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2019

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do (a) candidato (a)