



ANEXO V

EDITAL Nº. 01 CONCURSO PÚBLICO CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO - PE

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) 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 constam os 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 n.º 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.

_____, _____ de _____

Assinatura do(a) candidato (a)





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

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

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) candidato(a)

