



ANEXO V

EDITAL Nº. 01 CONCURSO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE FIGUEIRÓPOLIS- TO

**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.º001/2015 vem requerer vaga especial com o 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 com omiopia, 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.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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)

