



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORAÇÃO DE MARIA
Praça Araújo Pinho, 14 – Centro
Coração de Maria - Bahia
CEP: 44250-000
CNPJ: 13.883.996/0001-72 Tel.: (75) 3248.2489



ANEXO VI
EDITAL Nº 001/2016

Concurso Público- Prefeitura Municipal de Coração de Maria-Bahia
MODELO DE REQUERIMENTO PARA CANDIDATO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS OU QUE
NECESSITAM DE CUIDADOS ESPECIAIS

O(A)candidato(a) _____ RG _____ CPF n.º _____

_____, candidato(a) ao concurso público para provimento de vagas para o cargo de _____, regido pelo Edital n.º 001/2016 do Concurso Público, dede de 2016, vem 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 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 Capítulo IV deste edital, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.

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

REQUERIMENTO DE VAGA COMO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS
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)).

1. Necessidades físicas:	2. Necessidades visuais
() sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)	() prova ampliada (fonte entre 14 e 16)
() maca	() prova superampliada (fonte 28)
() mesa para cadeira de rodas	
1.1. Mesa e cadeiras separadas	
() gravidez de risco	
() obesidade	
1.2. Auxílio para preenchimento: dificuldade/ impossibilidade de escrever)	
() da folha de respostas da prova objetiva	

_____, _____ de _____ de 2016

Assinatura do(a) candidato(a)