



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CIPÓ
Praça Juracy Magalhães Júnior S/N – Centro, Cipó- Bahia
CEP: 48.450-000
CNPJ: 13.808.936/0001-95 Tel.: (75) 3435-1023



ANEXO VI
EDITAL Nº 002/2016

Concurso Público- Prefeitura Municipal de Cipó-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 nº 002/2016 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
<input type="checkbox"/> sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)	<input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16)
<input type="checkbox"/> maca	<input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28)
<input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas	
1.1. Mesa e cadeiras separadas	
<input type="checkbox"/> gravidez de risco	
<input type="checkbox"/> obesidade	
1.2. Auxílio para preenchimento: dificuldade/ impossibilidade de escrever)	
<input type="checkbox"/> da folha de respostas da prova objetiva	

_____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) candidato(a)