



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COELHO NETO-MA
CNPJ Nº 05.281.738/0001-98
INSTITUTO MACHADO DE ASSIS
Seriedade, compromisso e competência



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

EDITAL Nº. 001/2017 TESTE SELETIVO DO MUNICIPIO DE COELHO NETO-MA

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.º 001/2016 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 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.

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

_____, _____ de _____ 2017

Assinatura do(a) candidato (a)