



ANEXO IV

EDITAL Nº. 001/2017 CONCURSO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO - MA  
MODELO DE REQUERIMENTO PARA CANDIDATO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS OU QUE  
NECESSITAM DE CUIDADOS ESPECIAIS

O(A)candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, candidato(a) à seleção para provimento de vagas para o cargo \_\_\_\_\_ regido pelo Edital n.º 001/2017 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><b>1. Necessidades físicas:</b> ( ) 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><b>1.2. Auxílio para preenchimento:</b> ( ) dificuldade/ impossibilidade de escrever) a folha de respostas da prova objetiva</p>	<p><b>1.3. Auxílio para leitura (ledor)</b> ( ) dislexia ( ) tetraplegia</p> <p><b>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</b> ( ) auxílio na leitura da prova (ledor) ( ) prova ampliada (fonte entre 14 e 16) ( ) prova superampliada (fonte 28)</p> <p><b>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</b> ( ) intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) ( ) leitura labial</p>
---	---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017

Assinatura do(a) candidato (a)