



ANEXO IV
REQUERIMENTO – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Eu _____, portador do documento de identidade nº. _____, inscrito no cargo de _____ - Inscrição nº. _____, venho **REQUERER** vaga especial como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA** (colocar os dados abaixo, com base no laudo):

Tipo de deficiência: _____

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID _____

Nome do Médico Responsável pelo laudo: _____

Dados especiais para aplicação das PROVAS: Marcar com X no local caso necessite de Prova Especial ou não.

NÃO NECESSITA DE PROVA ESPECIAL E/OU TRATAMENTO ESPECIAL

NECESSITA:

- TEMPO ADICIONAL (Obs.: Juntar laudo de acordo com o item 3.2.3 do Edital)
 AUXILIO DE INTERPRETE LIBRAS
 PROVA AMPLIADA: MARQUE O TAMANHO DA FONTE: 18 24 28
 UTILIZAÇÃO DE SOFTWARE:
 DOS VOX (SINTETIZADOR DE VOZ) – VERSÃO 4.1
 JAWS (LEITOR DE TELA) – VERSÃO 6.2
 PROVA EM BRAILE
 SALA COM FACIL ACESSO

Caso a sua necessidade não se encaixe em nenhum dos itens acima, descreva qual o tipo de prova necessita:

Anexo segue Laudo Médico.

Nestes Termos.
Pede Deferimento.

(Datar e assinar) _____

Assinatura

É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO com CID, junto a esse requerimento.

(OBS: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres)