

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS EM CARGOS DE NÍVEIS MÉDIO E SUPERIOR – C-182
FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARÁ (HEMOPA)
EDITAL Nº 01/SEAD-HEMOPA, DE 5 DE JULHO DE 2019.

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Eu _____, CPF nº _____, Inscrição nº- _____, candidato(a) no **Concurso Público C-182, sob o regime estatutário, para provimento de vagas em cargos de níveis médio e superior da Fundação HEMOPA, SOLICITO**, de acordo com laudo médico/documento comprobatório em anexo, atendimento especial no dia de aplicação das provas conforme a seguir (selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) TRATAMENTO ESPECIAL

<p>1. Necessidades físicas:</p> <p><input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade para locomoção)</p> <p><input type="checkbox"/> sala individual (candidato com doença contagiosa / outras). Especificar _____.</p> <p><input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas</p> <p><input type="checkbox"/> apoio para perna</p> <p><input type="checkbox"/> mesa e cadeira separadas</p> <p>1.1. Auxílio para preenchimento</p> <p><input type="checkbox"/> dificuldade/impossibilidade de escrever</p> <p><input type="checkbox"/> da folha de respostas da prova objetiva</p> <p>1.2. Auxílio para leitura (ledor)</p> <p><input type="checkbox"/> dislexia</p> <p><input type="checkbox"/> tetraplegia</p>	<p>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</p> <p><input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (ledor)</p> <p><input type="checkbox"/> prova em <i>braille</i></p> <p><input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16)</p> <p><input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28)</p> <p>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</p> <p><input type="checkbox"/> intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)</p> <p><input type="checkbox"/> leitura labial</p> <p><input type="checkbox"/> uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica</p> <p>4. Amamentação</p> <p><input type="checkbox"/> sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)</p> <p>5. Outros</p> <p><input type="checkbox"/> Tempo Adicional – mediante justificativa médica</p> <p><input type="checkbox"/> Porte de arma (Lei Federal nº 10.826/2003)</p> <p><input type="checkbox"/> Uso do nome social: _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nessa ocasião, apresento 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 que possuo: _____.

Código correspondente da (CID): _____.

Nome do médico responsável pelo laudo: _____.

Número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo: _____.

_____, (____), _____ de _____ de 2019.

Assinatura do(a) candidato(a)