

**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.**

**REQUERIMENTO PARA CONCORRER ÀS VAGAS DESTINADAS AOS CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA**

Eu \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, Inscrição nº \_\_\_\_\_, candidato(a) no **Concurso Público C-182, sob o regime estatutário, para provimento de vagas em cargos de nível médio e superior da Fundação HEMOPA, VENHO REQUERER:**

- vaga especial para pessoa com deficiência;  
 solicitação de atendimento especial no dia de aplicação da prova.

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 possui: \_\_\_\_\_.

Código correspondente da (CID): \_\_\_\_\_.

Nome e número de registro no Conselho Regional de Medicina (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 Federal nº 5.296, de 2-de dezembro de 2004, publicado no *Diário Oficial da União* de 3 de dezembro de 2004, 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.

Solicito, conforme laudo médico em anexo, atendimento especial no dia da aplicação da prova conforme a seguir (selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

1. Necessidades físicas: <input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade para locomoção) <input type="checkbox"/> sala individual (candidato com doença contagiosa / outras). Especificar _____. <input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas <input type="checkbox"/> apoio para perna <input type="checkbox"/> mesa e cadeira separadas 1.1. Auxílio para preenchimento <input type="checkbox"/> dificuldade/impossibilidade de escrever <input type="checkbox"/> da folha de respostas da prova objetiva 1.2. Auxílio para leitura (ledor) <input type="checkbox"/> dislexia <input type="checkbox"/> tetraplegia	2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão) <input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (ledor) <input type="checkbox"/> prova em <i>braille</i> <input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16) <input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28) 3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição) <input type="checkbox"/> intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) <input type="checkbox"/> leitura labial <input type="checkbox"/> uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica 4. Amamentação <input type="checkbox"/> sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) 5. Outros <input type="checkbox"/> Tempo Adicional – mediante justificativa médica
--	---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)