

BRB – BANCO DE BRASÍLIA S.A.

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA PARA O CARGO DE ESCRITURÁRIO, DE NÍVEL MÉDIO**EDITAL NORMATIVO Nº 1/CP-29 - BRB, DE 2 DE MAIO DE 2019****REQUERIMENTO PARA CONCORRER ÀS VAGAS DESTINADAS AOS CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA**

Eu (favor preencher com letra de forma - todos os campos são obrigatórios),

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES):		
Nº DA IDENTIDADE (RG) / ÓRGÃO EMISSOR:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
/ -	. -	/ /
CARGO:	CÓDIGO DO CARGO:	NÚMERO DE INSCRIÇÃO:
E-MAIL:	TELEFONE:	
@	()	

candidato(a) no concurso público para provimento de vagas e formação de cadastro de reserva para o cargo de Escriturário, de nível médio (CP-29), 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 ESPECIALMarque 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. Outros <input type="checkbox"/> Tempo Adicional – mediante justificativa médica
---	---

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

Assinatura do(a) candidato(a)