



Instituto Americano de Desenvolvimento

**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS E FORMAÇÃO DE CADASTRO RESERVA EM EMPREGOS DE NÍVEL MÉDIO E SUPERIOR**  
**EDITAL Nº 1 DO CONCURSO PÚBLICO 1/2019 – CAU/MT - NORMATIVO**

**SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

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