



Instituto Americano de Desenvolvimento

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS E FORMAÇÃO DE CADASTRO RESERVA EM EMPREGO DE NÍVEL SUPERIOR
EDITAL Nº 1 DO CONCURSO PÚBLICO 1/2019 – CRF/RO - NORMATIVO

REQUERIMENTO PARA CONCORRER ÀS VAGAS COMO CANDIDATO 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 em emprego de nível superior do CRF/RO, VENHO REQUERER:

- () concorrer no concurso público como 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: () sala térrea (dificuldade para locomoção) () sala individual (candidato com doença contagiosa / outras). Especificar _____. () mesa para cadeira de rodas () apoio para perna () mesa e cadeira separadas 1.1. Auxílio para preenchimento () dificuldade/impossibilidade de escrever () da folha de respostas da prova objetiva 1.2. Auxílio para leitura (ledor) () dislexia () tetraplegia	2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão) () auxílio na leitura da prova (ledor) () prova em <i>braille</i> () prova ampliada (fonte entre 14 e 16) () prova superampliada (fonte 28) 3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição) () intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) () leitura labial () uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica 4. Outros () Tempo Adicional – mediante justificativa médica
--	---

_____ (____), _____ de _____ de 2019.

Assinatura do(a) candidato(a)