



Instituto Americano de Desenvolvimento

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

POLÍCIA MILITAR DO PARÁ (PMPA)

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO (SEPLAD)

CONCURSO PÚBLICO PARA ADMISSÃO AO CURSO DE FORMAÇÃO DE PRAÇAS – CFP/PMPA/2020

EDITAL Nº 01-CFP/PMPA/SEPLAD, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2020

### 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:
/ -	. -	/ /
VAGA:	CÓDIGO DA VAGA:	NÚMERO DE INSCRIÇÃO:
E-MAIL:	TELEFONE:	
@	( )	

candidato(a) no **Concurso Público Destinado à Admissão ao Curso de Formação de Praças da Polícia Militar do Pará - CFP/PMPA/2020, 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><b>1 Necessidades físicas:</b></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><b>1.1 Auxílio para preenchimento</b></p> <p>( ) dificuldade/impossibilidade de escrever</p> <p>( ) da folha de respostas da prova objetiva</p> <p><b>1.2 Auxílio para leitura (ledor)</b></p> <p>( ) dislexia</p> <p>( ) tetraplegia</p> <p><b>2 Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</b></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><b>3 Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</b></p> <p>( ) intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)</p> <p>( ) leitura labial</p> <p>( ) uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica</p> <p><b>4 Amentação</b></p> <p>( ) sala para amamentação (candidata com necessidade de amamentar seu bebê)</p> <p><b>5 Outros</b></p> <p>( ) Tempo Adicional – mediante justificativa médica</p> <p>( ) Prova após horário impeditivo (se aplicada no sábado) – mediante justificativa emitida por autoridade religiosa</p> <p>( ) Porte de arma (Lei Federal nº 10.826/2003)</p> <p>( ) Uso do nome social: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</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 necessidade especial que preciso: \_\_\_\_\_.

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 202\_\_.

Assinatura do(a) candidato(a)