



Instituto Americano de Desenvolvimento

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS E FORMAÇÃO DE CADASTRO-RESERVA EM EMPREGOS DE NÍVEL MÉDIO  
EDITAL Nº 1 DO CONCURSO PÚBLICO 1/2021 – CAU-SE - NORMATIVO

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) concurso público para provimento de vagas e formação de cadastro de reserva em empregos de nível médio do CAU-SE, 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)):

<p>1. Necessidades físicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade para locomoção)</li> <li><input type="checkbox"/> sala individual (candidato com doença contagiosa / outras). Especificar _____.</li> <li><input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas</li> <li><input type="checkbox"/> apoio para perna</li> <li><input type="checkbox"/> mesa e cadeira separadas</li> <li>1.1. Auxílio para preenchimento <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dificuldade/impossibilidade de escrever</li> <li><input type="checkbox"/> da folha de respostas da prova objetiva</li> </ul> </li> <li>1.2. Auxílio para leitura (ledor) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dislexia</li> <li><input type="checkbox"/> tetraplegia</li> </ul> </li> </ul>	<p>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (ledor)</li> <li><input type="checkbox"/> prova em <i>braille</i></li> <li><input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16)</li> <li><input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28)</li> </ul> <p>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)</li> <li><input type="checkbox"/> leitura labial</li> <li><input type="checkbox"/> uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica</li> </ul> <p>4. Outros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tempo Adicional – mediante justificativa médica</li> </ul>
--	---

Tenho ciência que sou responsável pela veracidade e pela qualidade da documentação apresentada e que o IADES não se responsabiliza pela análise de documentos ilegíveis e (ou) com baixa resolução.

É de minha responsabilidade exclusiva o correto preenchimento desta declaração e a entrega, no prazo regular, da documentação requerida em conformidade com o edital normativo do concurso público.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura do(a) candidato(a)