



**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E PATRIMONIO  
EQUIPE DE SELEÇÃO - CSI/DGPES/SMAP**

**EDITAL DE ABERTURA 059/2022**

**CONCURSOS PÚBLICOS Nº 661 A 718 E 720 - DIVERSOS CARGOS**

**Processo nº 22.0.000078737-3**

**Anexo II – Formulário de Requerimento de Condições Especiais Para as Provas Objetivas**

O(A) candidato(a) \_\_\_\_\_, portador do nº CPF \_\_\_\_\_, que concorre ao Edital nº 059/2022 do Concurso Público vem requerer:

- a)  inscrição na cota de Pessoas Com Deficiência – PCD;  
b)  solicitação de atendimento especial no dia de aplicação de provas.

Nº da inscrição: \_\_\_\_\_ Cargo Público: \_\_\_\_\_

Nessa ocasião, o(a) referido candidato(a) apresentou o 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 é portador: \_\_\_\_\_.

Código correspondente da (CID): \_\_\_\_\_.

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_.

Ao assinar este requerimento, o (a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no Diário Oficial da União, de 03 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 E/OU DE TRATAMENTO ESPECIAL**

Será necessário prova especial e/ou tratamento especial? ( ) Não ( ) Sim – marque o tipo de tratamento especial

**1. Necessidades físicas e gerais:**

( ) Necessidade de amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) *A candidata que não levar acompanhante adulto não poderá permanecer com a criança no local de realização das provas.*

( ) Sala térrea ou com acesso facilitado para cadeirante (elevador)

( ) Sala individual (candidato com doença contagiosa/outras) Especificar \_\_\_\_\_.

( ) Mesa para cadeira de rodas

( ) Apoio para perna

( ) Tempo adicional de 01 hora (com justificativa acompanhada de parecer emitido por médico especialista da área de sua deficiência, no prazo estabelecido neste Edital)

**2. Auxílio para preenchimento (dificuldade/impossibilidade de escrever)**

( ) Da Grade de respostas da prova objetiva

**3. Necessidades visuais (deficiente visual ou com pessoa de baixa visão)**

( ) Auxílio na leitura da prova (ledor)

( ) Prova ampliada simples (fonte entre 18 a 20)

( ) Prova ampliada especial (fonte entre 20 a 26-especificar o n.º da fonte) Observações: \_\_\_\_\_.

( ) Prova em braile

**4. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)**

( ) Intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)

( ) Uso de prótese auditiva (deverá constar especificamente no laudo médico a determinação do uso)

**5. Outros.**

( ) uso do nome social por pessoa trans: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato (a)

**ATENÇÃO: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER IMPRESSO, DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ENVIADO JUNTAMENTE COM O ATESTADO MÉDICO, CONFORME PREVISTO NESTE EDITAL.**