

# REQUERIMENTO PARA CONCORRER ÀS VAGAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_,

CPF nº \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, UF emissor: \_\_\_\_\_, Inscrito no Concurso Público nº \_\_\_\_\_, para a

função-atividade \_\_\_\_\_

DECLARO, com a finalidade de concorrer à vaga especial, ser pessoa com deficiência e estar ciente das atribuições da função-atividade para o qual me inscrevo.

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 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.

## REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL

**Todas as solicitações de atendimento especial serão atendidas segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade.**

Dados para aplicação de prova especial: marcar com um X no quadrado, caso necessite, ou não, de prova especial e(ou) tratamento especial. Em caso positivo, discriminar o tipo de prova e(ou) necessidade.

NÃO HÁ NECESSIDADE DE PROVA ESPECIAL E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL.

HÁ NECESSIDADE DE PROVA ESPECIAL E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL.


### IMPORTANTE:

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.

As informações aqui prestadas, bem como a documentação que deverá acompanhar esta declaração, são de inteira responsabilidade do(a) candidato(a), que poderá responder judicialmente em caso de apresentação de dados comprovadamente falsos.

Sob as penas da lei, o candidato assume conhecer as exigências contidas no edital do concurso e estar de acordo com elas.

Para concorrer às vagas reservas, o candidato deverá indicar, na ficha de inscrição, esta condição e, ainda, entregar pessoalmente, ou por terceiro (mediante procuração simples), **no período especificado no edital do concurso**, no período entre 10 e 17 horas, em dias úteis, no seguinte local: Central de Atendimento do Instituto Quadrix, sito à Rua Traipu, 221 – Pacaembu – São Paulo – SP, os seguintes documentos:

a) Laudo Médico (original ou cópia autenticada), que conste nome e RG, expedido no prazo máximo de 2 (dois) anos quando a deficiência for permanente ou de longa duração e de 1 (um) ano nas demais situações, considerados até o período de encerramento das inscrições, assinado e carimbado por Médico devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina e que nele conste, para fins comprobatórios, o número de registro do Médico na referida entidade de classe atestando a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID.

b) Preencher este requerimento.

Não serão considerados os documentos encaminhados por outra via que não seja a especificada no item anterior.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)