



ANEXO IV  
REQUERIMENTO – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Eu \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº. \_\_\_\_\_, inscrito no cargo de \_\_\_\_\_ - Inscrição nº. \_\_\_\_\_, venho **REQUERER** vaga especial como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA** (colocar os dados abaixo, com base no laudo):

Tipo de deficiência: \_\_\_\_\_

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID \_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_

**Dados especiais para aplicação das PROVAS:** Marcar com X no local caso necessite de Prova Especial ou não.

( ) **NÃO NECESSITA** DE PROVA ESPECIAL E/OU TRATAMENTO ESPECIAL

**NECESSITA:**

- ( ) TEMPO ADICIONAL (Obs.: Juntar laudo de acordo com o item 3.2.3 do Edital)  
( ) AUXILIO DE INTERPRETE LIBRAS  
( ) PROVA AMPLIADA: MARQUE O TAMANHO DA FONTE: ( ) 18 ( ) 24 ( ) 28  
( ) UTILIZAÇÃO DE SOFTWARE:  
    ( ) DOS VOX (SINTETIZADOR DE VOZ) – VERSÃO 4.1  
    ( ) JAWS (LEITOR DE TELA) – VERSÃO 6.2  
( ) PROVA EM BRAILE  
( ) SALA COM FACIL ACESSO

Caso a sua necessidade não se encaixe em nenhum dos itens acima, descreva qual o tipo de prova necessita:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anexo segue Laudo Médico.

Nestes Termos.  
Pede Deferimento.

(Datar e assinar) \_\_\_\_\_

Assinatura

**É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO com CID, junto a esse requerimento.**

(OBS: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres)