

**ESTADO DO AMAZONAS**  
**MUNICÍPIO DE AMATURÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE AMATURÁ**  
**CONCURSO PÚBLICO – Edital n° 001/2016**

---

**ANEXO VII – EDITAL N. 01/2016**

**REQUERIMENTO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA OU QUE  
TENHAM NECESSIDADES ESPECIAIS E/OU LACTANTES**

O(A) candidato(a) \_\_\_\_\_,  
CPF n° \_\_\_\_\_ e RG n° \_\_\_\_\_ candidato(a) ao concurso público para provimento de vagas do quadro de pessoal da **Prefeitura Municipal de Amaturá**, para o cargo de \_\_\_\_\_, referência do cargo \_\_\_\_\_, regido pelo Edital n° 001/2016 e suas alterações – CONCURSO PÚBLICO DA PREFEITURA DE AMATURÁ/AM, vem requerer vaga especial para pessoas com deficiência ou que tenham necessidades especiais e/ou lactantes.  
Nessa ocasião, o(a) referido(a) candidato(a) apresentou 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 de que é portador \_\_\_\_\_,  
Código correspondente da (CID): \_\_\_\_\_.  
Nome e número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo: Nome do médico \_\_\_\_\_ e CRM n° \_\_\_\_\_.

**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 n° 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 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 tratamento especial.  
 Há necessidade de tratamento especial.

**No quadro de ter assinalado o segundo item acima, selecione o tipo de tratamento(s) especial(is) necessário(s):**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)<br><input type="checkbox"/> acessibilidade no local de provas (cadeirante)<br><input type="checkbox"/> auxílio para preenchimento do cartão de respostas (deficiência visual total ou parcial)<br><input type="checkbox"/> auxílio para preenchimento do cartão de respostas (deficiência motora ou alguma limitação física que impeça o preenchimento do cartão)<br><input type="checkbox"/> cadeira para canhoto<br><input type="checkbox"/> ledor<br><input type="checkbox"/> leitura labial (cadeira mais próxima do instrutor)<br><input type="checkbox"/> sala no térreo<br><input type="checkbox"/> tempo adicional mediante justificativa médica |
|---|

AMATURÁ/AM, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Candidato igual do Registro Geral (RG)**

\_\_\_\_\_  
Uso exclusivo da Comissão do Concurso/IASPEC  
Protocolo em: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> PEDIDO DEFERIDO <input type="checkbox"/> PEDIDO INDEFERIDO
--