

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALGADINHO - PE

ANEXO IV - REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL E ISENÇÃO DE TAXA (PcD)

Nome	
Nº CPF	
Nº INSCRIÇÃO	
Cargo	Agente Comunitário de Saúde

Venho REQUERER atendimento especial como PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PcD e, para tanto, apresento Laudo Médico com CID (*colocar os dados abaixo, com base no Laudo*).

Tipo de deficiência que é portador:	
Código – CID 10	
Nome do médico responsável pelo Laudo:	

Dados especiais para aplicação das provas: (marcar com X no local caso necessite de Prova Especial ou não, em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessário).

<input type="checkbox"/>	Deficiência visual total – LEDOR
<input type="checkbox"/>	Deficiência visual séria não corrigida por óculos – PROVA AMPLIADA- FONTE: _____
<input type="checkbox"/>	Deficiência de locomoção – SALA COM FACILIDADE DE ACESSO
<input type="checkbox"/>	Estado de saúde que impossibilite a marcação da Folha de Respostas – AUXÍLIO PARA TRANSCRIÇÃO
<input type="checkbox"/>	Local para amamentação
<input type="checkbox"/>	TDAH e Dislexia
<input type="checkbox"/>	Intérprete de Libras
<input type="checkbox"/>	Outros: _____

OBS: 1) Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo: miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres.

2) É obrigatória a entrega de cópia no ato de inscrição de LAUDO MÉDICO com CID juntamente com esse Requerimento.

Salgadinho/PE, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do Candidato