

CONCURSO PÚBLICO - EDITAL Nº. 002/2012
ADMINISTRAÇÃO DIRETA E AUTARQUIAS

ANEXO VI

REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

ESTE FORMULÁRIO DESTINA-SE A CANDIDATO (A) PORTADOR (A) DE DEFICIÊNCIA, RECÉM ACIDENTADO (A), RECÉM OPERADO (A) E CANDIDATA LACTANTE QUE ESTIVER AMAMENTANDO.

Ilma. Sra.
Roselane Machado Fagundes
Presidente da Comissão de Concurso Público da Prefeitura de Goiânia.

Eu, _____,
Documento de Identificação nº. _____, órgão expedidor _____, candidato (a) ao cargo
de _____, inscrição nº.
_____, venho requerer de V. S.^a condições especiais para realizar a prova, conforme as
informações prestadas a seguir.

_____, ____/____/____
Local e Data

Assinatura do(a) candidato(a)

ATENÇÃO!

• **As condições especiais solicitadas serão concedidas mediante análise prévia do grau de necessidade, segundo os critérios de viabilidade e razoabilidade.**

• **O candidato portador de deficiência** ou seu representante deverá entregar, conforme o disposto nos subitens 8.1.1 ou 8.1.2 do Edital, este formulário devidamente preenchido, juntamente com cópia ou original do Laudo Médico – Anexo V (e exames nele especificados), **das 10 horas do dia 02 de março de 2012 até as 17 horas do dia 23 de março de 2012**, exceto sábado, domingo e feriado, na Junta Médica Municipal, Rua R- 8, Qd. R- 2A, Lote 03, nº. 38, Setor Oeste, Goiânia-GO, CEP. 74125-130 ou encaminhá-lo às suas expensas via SEDEX, para este endereço.

O candidato que em razão da deficiência, **necessitar de tempo adicional** para fazer as provas, deverá anexar a este requerimento, o Laudo Médico acima citado, no qual conste justificativa do especialista da área de sua deficiência informando detalhadamente que o mesmo precisa de tempo adicional.

• **O candidato que sofreu acidente ou foi operado recentemente ou está acometido por alguma doença** (ou seu representante), deverá entregar na Junta Médica Municipal, Rua R- 8, Qd. R- 2A, Lote 03, nº. 38, Setor Oeste, Goiânia-GO, até as 17 horas do penúltimo dia útil antes da Prova Objetiva, este formulário devidamente preenchido e o respectivo Atestado Médico.

• **Nos casos de acidentes ou internações às vésperas da Prova Objetiva**, o candidato ou seu representante deverá entregar o requerimento no Centro de Seleção da Universidade Federal de Goiás – UFG, Rua 226, Qd. 71, s/nº - Setor Universitário, Goiânia-Go.

• **A candidata lactante que estiver amamentando**, deverá anexar ao requerimento, cópia legível do Documento de Identificação do acompanhante (conforme item 4.1 do Edital), e entregá-lo na Junta Médica Municipal, no endereço citado anteriormente, até as 17 horas do penúltimo dia útil antes da Prova Objetiva. O acompanhante somente terá acesso ao local de prova mediante a apresentação do Documento de Identificação original.

Preencha corretamente as informações para que possamos atendê-lo em sua necessidade da melhor forma possível.

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

☐ 1. Portador de deficiência ☐ 2. Amamentação ☐ 3. Outros. Qual ? _____

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A PROVA OBJETIVA

1. PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

1.1 VISUAL

☐ Total (cego) ☐ Subnormal (parcial)
Necessita de tempo adicional? ☐ Sim ☐ Não

Circule os recursos necessários para fazer a Prova:

a) para cegos - leitor, Máquina Perkins, reglete de mesa, punção, cubarítimo, sorobã, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;

OBS: O reglete de mesa, a punção, o cubarítimo, o sorobã e a Máquina Perkins serão de responsabilidade do candidato.

b) para visão subnormal – leitor, lupa manual, luminária ou abajur, papel para rascunho, caneta, pincel atômico, gráficos em relevo e prova ampliada.

Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte. Observe os exemplos abaixo.

Tamanho 14 ☐

Tamanho 16 ☐

Tamanho 18 ☐

NOTA: - A maior fonte de ampliação disponibilizada ao candidato é a de tamanho 18, acima deste tamanho, caso necessário, solicite leitor.

- A prova para os deficientes visuais totais será lida e registrada por um profissional capacitado. Para a maior segurança do candidato, todos os procedimentos e explicações verbais feitos durante a realização da prova serão gravados em aparelhos apropriados, que serão ouvidos posteriormente, para conferência das declarações do candidato.

Registre, se for o caso, **outras condições especiais necessárias:**

1.2 AUDITIVA

☐ Total ☐ Parcial
Faz uso de aparelho? ☐ Sim ☐ Não
Surdo oralizado? ☐ Sim ☐ Não
Surdo não oralizado? ☐ Sim ☐ Não
Necessita de intérprete? ☐ Sim ☐ Não
Necessita de tempo adicional? ☐ Sim ☐ Não

Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias:**

1.3 FÍSICA

Parte do corpo:

☐ Membro superior (braços/mãos) ☐ Membro inferior (pernas/pés)

☐ Outra parte do corpo. Qual? _____

Necessita de tempo adicional? ☐ Sim ☐ Não

Necessita de um Aplicador de Prova para preencher o cartão-resposta? ☐ Sim ☐ Não

Utiliza algum aparelho para locomoção?

☐ Sim

☐ Não

Qual? _____

Necessita de algum móvel especial para fazer as provas?

☐ Sim

☐ Não

Circule o (s) objeto (s) necessário (s) para fazer a prova: cama, poltrona, mesa espaçosa, cadeira confortável, prancheta.

Registre, se for o caso, **outras condições necessárias:**

1.4 OUTROS TIPOS DE DEFICIÊNCIA

Necessita de tempo adicional?

☐ Sim

☐ Não

Registre, se for o caso, **outras condições necessárias para fazer a prova.**

2 – AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê _____

_____, Nº. do Documento de Identificação _____, Órgão Expedidor _____.

Obs: O original deste documento deverá ser apresentado no dia da Prova Objetiva.

3 - OUTROS

Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

Observação: Anexar Atestado Médico

PROVA DE CAPACIDADE FÍSICA – PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

1 - TEMPO ADICIONAL ☐

Necessita de tempo adicional?

☐ Sim

☐ Não

Registre, se for o caso, **outras condições necessárias:**

Atenção: Anexar a este pedido uma cópia do Laudo Médico – Anexo V, contendo a Justificativa, com Parecer do especialista da área de sua deficiência, informando claramente as condições necessárias para realização da Prova.

2 – TIPOS DE DEFICIÊNCIA

2.1 – VISUAL: ☐ Total (Cego) ☐ Subnormal (Parcial)

2.2 – AUDITIVA: ☐ Total ☐ Parcial

2.3 – FÍSICA: ☐ Membro Superior (Braços/Mãos) ☐ Membro Inferior (Pernas/Pés)

☐ Outra parte do corpo. Qual? _____

☐ Usa algum tipo de aparelho de locomoção. Qual? _____