

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 - ledor, 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 – ledor, 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 ledor.

- 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? _____