

**CONCURSO PÚBLICO - EDITAL N°. 003/2012**  
**PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO - PGM**  
**PROCURADOR JURÍDICO**

**ANEXO III**

**REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA E DISCURSIVA**

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

Ilmo (a) Sr (a). \_\_\_\_\_.

Presidente da Comissão de Concurso Público da Prefeitura de Goiânia.

Eu, \_\_\_\_\_,

Documento de Identificação nº. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, candidato (a) ao cargo de Procurador Jurídico, inscrição nº. \_\_\_\_\_, venho requerer de V. S.<sup>a</sup> condições especiais para realizar a prova, conforme as informações prestadas a seguir.

Goiânia, / /2012.

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 no item 8.1 do Edital, este formulário devidamente preenchido, juntamente com cópia do Laudo Médico – Anexo II (e exames nele especificados), das 10 horas do dia 12 de junho de 2012 até as 17 horas do dia 16 de julho 2012, exceto sábado e domingo, 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 a prova, deverá anexar a este requerimento, o Laudo Médico acima citado, no qual conste justificativa do especialista da área de sua deficiência informando detalhadamente as razões pelas quais o mesmo precisa do tempo adicional.

• O CANDIDATO COM COMPROMETIMENTO DE SAÚDE que necessitar de condições especiais por ocasião da prova deverá entregar na Junta Médica Municipal (ou encaminhar via SEDEX), Rua R- 8, Qd. R- 2A, Lote 03, nº. 38, Setor Oeste, Goiânia-GO, em dias úteis, até as 17 horas do dia 16 de julho de 2012, este formulário devidamente preenchido e o respectivo Atestado Médico.

• NOS CASOS DE ACIDENTES OU INTERNAÇÕES PRÓXIMOS À PROVA OBJETIVA E DISCURSIVA, o candidato ou seu representante deverá entregar o requerimento na sede do Instituto Cidades em Goiânia – Rua 03, nº 800, quadra C 06, lotes 73/75, Setor Oeste, Edifício Office Tower, Sala 112, das 8 às 12 horas e das 14 às 17 horas, ou encaminhá-lo via SEDEX (CEP 74.115-050).

• A CANDIDATA LACTANTE que estiver amamentando, deverá anexar ao requerimento, cópia legível do Documento de Identificação do acompanhante (conforme item 3.1 do Edital), e entregá-lo na Junta Médica Municipal, no endereço citado anteriormente, até o dia 16 de julho de 2012. A candidata, cujo parto for posterior deverá entregar o requerimento no Instituto Cidades em Goiânia – Rua 03, nº 800, quadra C 06, lotes 73/75, Setor Oeste, Edifício Office Tower, Sala 112, das 8 às 12 horas e das 14 às 17 horas. Poderá também encaminhá-lo via SEDEX.

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

**CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A PROVA OBJETIVA E DISCURSIVA**

**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, cubarítmico, sorobã, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;

OBS: O reglete de mesa, a punção, o cubarítmico, 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  e a Prova Discursiva  ?

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N°. do Documento de Identificação \_\_\_\_\_, Órgão Expedidor \_\_\_\_\_.

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

### 3 - OUTROS

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

Anexar Atestado Médico