

**CONCURSO PÚBLICO - EDITAL Nº. 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) ☐ Precisa 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 ☐ 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Nº. 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** (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

Anexar Atestado Médico