



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO DO LEÃO

**ANEXO IV**  
**REQUERIMENTO – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Eu \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº. \_\_\_\_\_, inscrito no cargo de \_\_\_\_\_ - Inscrição nº. \_\_\_\_\_, venho

**REQUERER** vaga especial como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA** (colocar os dados abaixo, com base no laudo):

Tipo de deficiência: \_\_\_\_\_

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID \_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_

**Dados especiais para aplicação das PROVAS:** Marcar com X no local caso necessite de Prova Especial ou não.

☐ **NÃO NECESSITA** DE PROVA ESPECIAL E/OU TRATAMENTO ESPECIAL

**NECESSITA:**

☐ TEMPO ADICIONAL (Obs.: Juntar laudo de acordo com o item 3.2.3 do Edital)

☐ AUXÍLIO DE INTERPRETE LIBRAS

☐ PROVA AMPLIADA: MARQUE O TAMANHO DA FONTE: ☐ 18 ☐ 24 ☐ 28

☐ UTILIZAÇÃO DE SOFTWARE:

☐ DOS VOX (SINTETIZADOR DE VOZ) – VERSÃO 4.1

☐ JAWS (LEITOR DE TELA) – VERSÃO 6.2

☐ PROVA EM BRAILLE

☐ SALA COM FÁCIL ACESSO

Caso a sua necessidade não se encaixe em nenhum dos itens acima, descreva qual o tipo de prova necessita:

---

---

---

---

Anexo segue Laudo Médico.

Nestes Termos.

Pede Deferimento.

(Datar e assinar) \_\_\_\_\_

Assinatura

**É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO com CID, junto a esse requerimento.**

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