



PREFEITURA MUNICIPAL DE APARECIDA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONCURSO PÚBLICO – EDITAL N. 01/2010

**ANEXO IV – REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA**

ESTE FORMULÁRIO DESTINA-SE AOS SEGUINTEs CANDIDATOS: PORTADOR DE DEFICIÊNCIA, RECÉM ACIDENTADO, RECÉM OPERADO, ACOMETIDOS POR ALGUMA DOENÇA E QUE ESTEJAM DEBILITADOS E CANDIDATAS QUE ESTIVEREM AMAMENTANDO.

Ilma. Sra.  
Luciana Freire Ernesto Coelho Pereira de Sousa.  
Presidente do Centro de Seleção da UFG.

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

Documento de Identificação nº. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, candidato (a) ao cargo \_\_\_\_\_, inscrição nº. \_\_\_\_\_, CPF. \_\_\_\_\_, Telefone \_\_\_\_\_

venho requerer de V. Sa. condições especiais para realizar as provas, conforme as informações prestadas a seguir.

_____, ____/____/____ <b>Local e data</b>	_____ <b>Assinatura do(a) candidato(a)</b>
--	---

**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 enviar ou entregar este formulário, devidamente preenchido, juntamente com a cópia do Laudo Médico, conforme subitem 3.3.1 do Edital e com a cópia legível do CPF, até o dia 12 de abril de 2010, exceto sábados, domingos e feriados, pessoalmente ou por terceiro, no Centro de Seleção da UFG, sito à Rua 226, q. 71, s/n, Setor Universitário, CEP. 74610–130, Goiânia–GO, no horário de 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas.

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

O candidato acometido por doença, cirurgia, etc. que necessitar de condições especiais, excluindo-se o atendimento domiciliar, deverá preencher este requerimento para realização das provas e entregá-lo, juntamente com o Atestado Médico que comprove a necessidade de atendimento especial, no local e horários especificados anteriormente, até o dia 12 de abril de 2010, exceto sábados, domingos e feriados.

**O candidato que sofreu acidente ou foi operado ou está acometido por alguma doença**, após o dia 12 de abril de 2010 deverá entregar no endereço acima, até às 17 horas do penúltimo dia útil antes da Prova Objetiva, este formulário devidamente preenchido e o respectivo Atestado Médico, atestando a necessidade de condições especiais para realização das provas.

**Nos casos de acidentes ou internações às vésperas da prova**, o candidato ou seu representante deverá entrar em contato com o Centro de Seleção da UFG, Rua 226, Qd. 71, s/n, Setor Universitário, Goiânia-GO.

**A candidata que estiver amamentando**, deverá anexar ao requerimento, cópia legível do documento de identificação do acompanhante, e entregá-lo no Centro de Seleção no endereço citado acima, 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, A SEGUIR, 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, cubarítmo, sorobã, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;

OBS: O reglete de mesa, a punção, o cubarítmo e o sorobã 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 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 fiscal 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

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 \_\_\_\_\_.

**Observação: 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**

### CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A PROVA DE CAPACIDADE FÍSICA

#### PROVA DE CAPACIDADE FÍSICA – PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

**NECESSITA DE TEMPO ADICIONAL? ( ) SIM ( ) NÃO**

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

---

---

---

---