

CONCURSO PÚBLICO EDITAL 001/2015  
ANEXO 5



**REQUERIMENTO**

**Vagas Reservadas às Pessoas com Deficiência (PcD)  
e/ou Condições Especiais para a Realização das Provas**

<b>Concurso Público / Processo Seletivo:</b> Concurso Público Prefeitura Municipal de Garuva		<b>Editais:</b> 001/2015
<b>Nome do Candidato:</b>	<b>Nº de Inscrição:</b>	<b>Cargo:</b>
<b>CPF:</b>	<b>Documento de Identidade:</b>	<b>Fone para Contato:</b>

O candidato acima especificado vem por meio deste, requerer junto à Comissão Organizadora do processo acima indicado a seguinte providência:

**Concorrer às Vagas Reservadas às Pessoas com Deficiência (PcD).**

**Tipo da Deficiência:**

Física       Auditiva       Visual       Mental       Múltipla

<b>Código CID:</b>	
<b>Justificativa:</b> (Descreva a forma de apresentação da deficiência, como paraplegia, monoplegia, perda auditiva (por ouvido em decibéis), acuidade visual (por olho em valores), etc. demonstrando de forma clara em qual das deficiências listadas nos incisos I a V, do art. 4º do Decreto Federal 3298/1999 a sua deficiência se enquadra)	

**Condições Especiais para a Realização das Provas.**

**Tipo de Atendimento Necessário:**

Sala Térrea       Cadeirante       Prova Ampliada       Fiscal Ledor       Lactante  
 Outros (Descreva):

Nestes termos. Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

Parecer da Comissão Organizadora: <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido	_____ Data e Assinatura
Comentários: _____ _____	

**CONCURSO PÚBLICO EDITAL 001/2015**  
**ANEXO 5**

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO**

Preencha completamente os campos quanto à identificação do Concurso ou Processo Seletivo que está participando, assim como seus dados pessoais e formas de contato.

**Identifique claramente o que está requerendo, se apenas concorrer às vagas reservadas ou condições especiais para realização da prova ou ainda as duas opções.**

Identifique sua deficiência: informe o código CID constante de seu Laudo Médico, e descreva de forma breve, porém clara, a forma de apresentação da deficiência, como paraplegia, monoplegia, perda auditiva (por ouvido em decibéis), acuidade visual (por olho em valores), etc. demonstrando de forma clara em qual das deficiências listadas nos incisos I a V, do art. 4º do Decreto Federal 3298/1999 (transcrito abaixo) a sua deficiência se enquadra:

**“ Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:**

- I - Deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;
- II - Deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;
- III - Deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- IV - Deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:
  - a) comunicação;
  - b) cuidado pessoal;
  - c) habilidades sociais;
  - d) utilização dos recursos da comunidade;
  - e) saúde e segurança;
  - f) habilidades acadêmicas;
  - g) lazer; e
  - h) trabalho;
- V - Deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.”

Por exemplo, se a deficiência é visual cujo código CID é “H54.2 - Visão subnormal de ambos os olhos”, você deverá especificar o código CID no campo apropriado e no campo Justificativa descrever: Baixa Visão – acuidade visual do olho direito 20/100 ou 0,2 e acuidade visual do olho esquerdo 20/80 ou 0,25.

**ANEXE AO REQUERIMENTO O LAUDO MÉDICO EM VIA ORIGINAL OU AUTENTICADA.**

**É fundamental que o Laudo Médico contenha além do Código CID, a descrição do grau da deficiência como os demonstrados acima (OD 20/100 e OE 20/80)**