

## ANEXO II

### MODELO DE REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

O(A) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, candidato(a) ao Concurso para preenchimento de vagas no cargo \_\_\_\_\_, regido pelo Edital n.º \_\_\_\_\_ do Concurso para o quadro de pessoal do **TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DE GOIÁS**, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012, vem requerer tratamento especial \_\_\_\_\_.

No quadro a seguir, selecionar o tipo de prova e/ou o tratamento especial necessário(s).

<p>1. Necessidades físicas:</p> <p><input type="checkbox"/> sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)</p> <p><input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade para locomoção)</p> <p><input type="checkbox"/> sala individual (candidato com doença contagiosa/outras)</p> <p><input type="checkbox"/> maca</p> <p><input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas</p> <p><input type="checkbox"/> apoio para perna</p> <p>1.1. Mesa e cadeiras separadas</p> <p><input type="checkbox"/> gravidez de risco</p> <p><input type="checkbox"/> obesidade</p> <p><input type="checkbox"/> limitações físicas</p> <p>1.2. Auxílio para preenchimento: dificuldade/ impossibilidade de escrever)</p> <p><input type="checkbox"/> da folha de respostas da prova objetiva</p> <p>1.3. Auxílio para leitura (ledor)</p> <p><input type="checkbox"/> dislexia</p> <p><input type="checkbox"/> tetraplegia</p>	<p>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</p> <p><input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (ledor)</p> <p><input type="checkbox"/> prova em braille e ledor</p> <p><input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16)</p> <p><input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28)</p> <p>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</p> <p><input type="checkbox"/> intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)</p> <p><input type="checkbox"/> leitura labial</p>
---	---

Outras \_\_\_\_\_

### ANEXO III

#### MODELO DE REQUERIMENTO DE VAGA PARA CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

O(A) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, candidato(a) ao Concurso para preenchimento de vagas no cargo \_\_\_\_\_, regido pelo Edital n.º \_\_\_\_\_ do Concurso para o quadro de pessoal do **TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DE GOIÁS**, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012, vem requerer vaga especial como PORTADOR DE DEFICIÊNCIA.

Nessa ocasião, o(a) referido(a) candidato(a) apresentou LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência de que é portador: \_\_\_\_\_.

Código correspondente da (CID): \_\_\_\_\_.

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_.

Dados especiais para aplicação das PROVAS: marcar com X no quadrículo, caso necessite de Prova Especial ou não.

Em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessário.

(  ) **NÃO NECESSITA** de PROVA ESPECIAL e/ou de TRATAMENTO ESPECIAL.

(  ) **NECESSITA** de PROVA e/ou de CUIDADO ESPECIAL. \_\_\_\_\_.

**OBSERVAÇÃO:** Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres.

Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no Diário Oficial da União de 3 de dezembro de 2004, especialmente no que concerne ao conteúdo do item 3 deste edital, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não-homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

**ANEXO IV**

**FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REQUERIMENTO DE RECURSO ADMINISTRATIVO  
RELATIVO À PROVA OBJETIVA**

**À COMISSÃO ESPECIAL DO CONCURSO PÚBLICO DO TRIBUNAL DE CONTAS DOS  
MUNICÍPIOS DE GOIÁS (TCM/GO)**

**CAPA DE RECURSO ADMINISTRATIVO**

**ILMO. SR. PRESIDENTE DA COMISSÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, candidato(a) inscrito(a) na Seleção supracitada inscrição nº \_\_\_\_\_, solicito em relação à Prova Objetiva correspondente ao cargo \_\_\_\_\_, o seguinte:

( ) **Revisão da resposta constante do Gabarito Oficial Preliminar para a(s) questão(es) assinalada(s) abaixo:**

As razões que justificam meu pleito encontram-se fundamentadas no formulário de recurso, em anexo.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)





**ANEXO VI**

**Modelo do envelope**

**Concurso Público Edital nº \_\_\_/2012**

**TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DE GOIÁS (TCM/GO)**

**Ref. "Concurso Público Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás"**

**Assunto:**

**Rua.....**

**Remetente:**