



**ANEXO II - MODELO DE REQUERIMENTO PARA CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA OU QUE TEM NECESSIDADES ESPECIAIS**

**REQUERIMENTO DE VAGA COMO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

O(A) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, candidato(a) ao processo seletivo para provimento de vagas e formação de cadastro de reserva do quadro de pessoal do CRECI-CE para o emprego de \_\_\_\_\_, código \_\_\_\_\_, regido pelo Edital nº 1/2012 - CRECI-CE, de 4 de junho 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 número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_.

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 Federal nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no *Diário Oficial da União* de 3 de dezembro de 2004, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.

**REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL**

Marque com um X no quadrado correspondente caso necessite, ou não, de prova especial e(ou) de tratamento especial.

Não há necessidade de prova especial e(ou) de tratamento especial.

Há necessidade de prova e(ou) de tratamento especial.

No quadro a seguir selecione o tipo de prova e(ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s).

|   |   |
|---|---|
| <p><b>1 Necessidades físicas:</b></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><input type="checkbox"/> mesa e cadeiras separadas</p> <p><input type="checkbox"/> gravidez de risco</p> <p><input type="checkbox"/> obesidade</p> <p><b>1.1 Auxílio para preenchimento</b></p> <p><input type="checkbox"/> dificuldade/impossibilidade de escrever</p> <p><input type="checkbox"/> da folha de respostas da prova objetiva</p> <p><input type="checkbox"/> da folha de texto</p> | <p><b>1.2 Auxílio para leitura (ledor)</b></p> <p><input type="checkbox"/> dislexia</p> <p><input type="checkbox"/> tetraplegia</p> <p><b>2 Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</b></p> <p><input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (ledor)</p> <p><input type="checkbox"/> prova em <i>braille</i></p> <p><input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16)</p> <p><input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28)</p> <p><b>3 Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</b></p> <p><input type="checkbox"/> intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)</p> <p><input type="checkbox"/> leitura labial</p> <p><b>4 Outros</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tempo Adicional - mediante justificativa médica</p> |
|---|---|

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do(a) candidato(a)