



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE MANOEL VIANA
SECRETARIA DE GOVERNO E PLANEJAMENTO**

**ANEXO II - CONCURSO PÚBLICO
REQUERIMENTO DE RECURSO - CAPA**

CONCURSO PÚBLICO (nome do órgão e cidade): _____

NOME: _____

CARGO: _____

Nº de INSCRIÇÃO: _____

TIPO DE RECURSO - (Assinale o tipo de Recurso)

<input type="checkbox"/>	CONTRA INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO	Ref. Prova Escrita
<input type="checkbox"/>	CONTRA GABARITO DA PROVA ESCRITA	Nº da questão: _____
<input type="checkbox"/>	CONTRA RESULTADO PROVA ESCRITA	Gabarito Preliminar/Oficial: ____
		Resposta Candidato: ____

INSTRUÇÕES:

Entregar o recurso na Prefeitura Municipal, localizada à Rua Walter Jobim nº 171, Bairro Centro, Manoel Viana/RS, das 7h às 13h, no prazo marcado por Edital.

Cada recurso conterà:

- uma Capa;
- um Formulário para cada questionamento.

Datilografar, digitar ou escrever em letra de forma (clara e legível), de acordo com as especificações estabelecidas no Edital;

Identificar-se apenas na Capa do Recurso;

Apresentar fundamentação lógica e consistente.

Reproduzir a quantidade necessária. Preencher em letra de forma ou digitar e entregar este formulário em 02 (duas) vias, uma via será devolvida como protocolo.

Data: ____/____/____

Assinatura do candidato

Assinatura do Responsável p/ recebimento



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE MANOEL VIANA
SECRETARIA DE GOVERNO E PLANEJAMENTO**

**ANEXO III
REQUERIMENTO – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Concurso Público: _____ Município/Órgão: _____

Nome do candidato: _____

Nº da inscrição: _____ Cargo: _____

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

Tipo de deficiência de que é portador: _____

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID: _____

Nome do Médico Responsável pelo laudo: _____

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

Dados especiais para aplicação das PROVAS: (marcar com X no local caso necessite de Prova Especial ou não. Em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessário)

NÃO NECESSITA DE PROVA ESPECIAL e/ou TEMPO ADICIONAL e/ou TRATAMENTO ESPECIAL

NECESSITA DE PROVA ESPECIAL e/ou TEMPO ADICIONAL e/ou TRATAMENTO ESPECIAL
(Discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário e/ou tratamento especial)

É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO com CID. No caso de pedido de tempo adicional, é obrigatório PARECER justificando sua necessidade junto a esse requerimento.

(Datar e assinar)

Assinatura



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE MANOEL VIANA
SECRETARIA DE GOVERNO E PLANEJAMENTO**

**ANEXO IV
REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE PAGAMENTO DE TAXA DE CONCURSO PÚBLICO
DOADOR DE SANGUE**

Concurso Público: Edital nº: _____

Nome do candidato: _____

Cargo: _____

Nº Inscrição: _____

() Vem requerer isenção do pagamento do valor correspondente a taxa de inscrição no concurso público, prevista na **Lei nº 1982, de 01 de junho de 2011 – Portadores de cartão de doador de sangue**, conforme documentos em anexo.

(Datar e assinar)

Assinatura



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE MANOEL VIANA
SECRETARIA DE GOVERNO E PLANEJAMENTO**

**ANEXO V
MODELO DE PROCURAÇÃO**

P R O C U R A Ç Ã O

Eu, _____, Carteira de Identidade nº _____, residente e domiciliado na rua _____, nº _____, ap. _____, no bairro _____, na cidade de _____, nomeio e constituo _____, Carteira de Identidade nº _____, como meu procurador, com poderes específicos para realizar inscrições/interpor recursos, no Concurso Público – Edital nº _____, para o cargo de _____, realizado pela _____.

Município de _____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Candidato