

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

CONCURSO PÚBLICO (nome da empresa e cidade): _____

NOME: _____

CARGO: _____

Nº de INSCRIÇÃO: _____

TIPO DE RECURSO - (Assinale o tipo de Recurso)

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

INSTRUÇÕES:

Entregar o recurso na Sede da OBJETIVA CONCURSOS LTDA. - Rua Casemiro de Abreu, 347 - Bairro Rio Branco - CEP 90.420-001 - Porto Alegre/RS, das **9h às 11h** e das **14h às 17h**, 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

ANEXO IV
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

ANEXO V
REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE PAGAMENTO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

À

Objetiva Concursos LTDA.

Concurso Público: Edital nº 001/2012

Nome do candidato: _____

RG nº _____ Data de Expedição: __/__/____ Órgão: _____

CPF nº _____

Cargo: _____

Nº Inscrição: _____

Número de Identificação Social - NIS, atribuído pelo CadÚnico: _____

Data de cadastro no CadÚnico: __/__/____

Vem **requerer isenção de pagamento de taxa de inscrição do concurso público, prevista no Decreto nº 6.593, de 2 de outubro de 2008, conforme documento em anexo.**

Nestes Termos

Espera Deferimento.

Porto Alegre/RS, em __ de _____ de 2012.

Assinatura

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 interpor recursos, no Concurso Público – Edital nº _____, para o cargo de _____, realizado pela _____.

Município de _____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Candidato