

**CONCURSO PÚBLICO – AGENTE MUNICIPAL DE TRÂNSITO
EDITAL Nº. 001/2009**

**ANEXO III
REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**

ESTE FORMULÁRIO DESTINA-SE A CANDIDATO(A) PORTADOR(A) DE DEFICIÊNCIA, RECÉM ACIDENTADO, RECÉM OPERADO E CANDIDATA QUE ESTIVER AMAMENTANDO.

Ilma. Sra.
Alba Célia Evangelista
Presidente da Comissão de Concurso Público da Prefeitura de Goiânia.

Eu, _____
Documento de Identificação nº. _____, órgão expedidor _____, inscrição nº.
_____, venho requerer de V. S.^a condições especiais para realizar a prova, conforme as
informações prestadas a seguir.

Assinatura do(a) candidato(a)

_____/_____
/2009.

ATENÇÃO!

- As condições especiais solicitadas serão concedidas mediante análise prévia do grau de necessidade, segundo os critérios de viabilidade e razoabilidade.
- O candidato **portador de deficiência** ou seu representante deverá entregar este formulário, devidamente preenchido, juntamente com cópia do Laudo Médico, das 10 horas do dia 25 de maio de 2009 até às 17 horas do 2º (segundo) dia útil após o encerramento das inscrições, na SMARH, Rua 16, esquina com Rua 12 nº. 97, Edifício Capemi - 1º andar, Setor Central - Goiânia-Go, CEP: 74.015-020 ou encaminhá-lo às suas expensas, via SEDEX, para este endereço (conforme o especificado no subitem 3.6 do Edital).
- O candidato que em razão da deficiência, necessitar de **tempo adicional** para fazer as provas, deverá anexar a este requerimento, **além da cópia do Laudo Médico acima citado, justificativa acompanhada de parecer do especialista da área de sua deficiência.**
- O candidato que sofreu **acidente ou foi operado recentemente ou está acometido por alguma doença**, deverá entregar no endereço acima, até 17 horas do penúltimo dia útil antes da Prova Objetiva, este formulário devidamente preenchido e o respectivo Atestado Médico.
- Nos casos de acidentes ou internações às vésperas da prova, o candidato ou seu representante deverá entrar em contato com o Centro de Seleção da UFG, Rua 226, Qd. 71, s/n – Setor Universitário.
- A **candidata que estiver amamentando**, deverá anexar ao requerimento, cópia legível do Documento de Identificação do acompanhante, e entregá-lo na SMARH no endereço citado acima, até as 17 horas do penúltimo dia útil antes da Prova Objetiva. O acompanhante somente terá acesso ao local de prova mediante a apresentação do Documento de Identificação original.

Preencha corretamente as informações para que possamos atendê-lo em sua necessidade da melhor forma possível.

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

1. Portador de deficiência 2. Amamentação

3. Outros. Qual? _____

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A PROVA OBJETIVA

1. PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

1.1 VISUAL

Total (cego) Subnormal (parcial)

Circule os recursos necessários para fazer a Prova:

a) para cegos - ledor, Máquina Perkins, reglete de mesa, punção, cubarítimo, sorobã, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;

b) para visão subnormal - ledor lupa manual, luminária ou abajur, papel para rascunho, caneta, pincel atômico, mapas e gráficos em relevo, máquina de datilografia comum e prova ampliada.

Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte. Observe os exemplos abaixo.

Tamanho 14 Tamanho 16 Tamanho 18 Tamanho 20

NOTA: A prova para os deficientes visuais totais será lida e registrada por um profissional capacitado. Para a maior segurança do candidato, todos os procedimentos e explicações verbais feitos durante a realização da prova serão gravados em aparelhos apropriados, que serão ouvidos posteriormente, para conferência das declarações do candidato.

Registre, se for o caso, **outras condições especiais necessárias, inclusive tempo adicional:** _____

1.2 AUDITIVA

Total Parcial

Faz uso de aparelho? Sim Não

Registre, se for o caso, **outras condições especiais necessárias, inclusive tempo adicional:** _____

1.3 FÍSICA

Parte do corpo:

Membro superior (braços/mãos) Membro inferior (pernas/pés)

Outra parte do corpo.

Qual? _____

Necessita de um fiscal para preencher o cartão-resposta?

Sim Não

Utiliza algum aparelho para locomoção?

Sim Não

Qual? _____

Necessita de algum móvel especial para fazer as provas?

Sim Não

Circule o (s) objeto (s) necessário (s) para fazer a prova:

cama, poltrona, mesa espaçosa, cadeira confortável, máquina de datilografia comum, prancheta.

Registre, se for o caso, **outras condições necessárias, inclusive tempo adicional:** _____

2 – AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê _____

Nº. do Documento de Identificação _____, Órgão Expedidor _____.

Observação: O original deste documento deverá ser apresentado no dia da Prova Objetiva.

3 - OUTROS

Candidato portador de outro tipo de deficiência ou temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

PROVA DE CAPACIDADE FÍSICA – PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

1 - TEMPO ADICIONAL

Registre, se for o caso, **outras condições necessárias:**

