



CÂMARA MUNICIPAL DE AFRÂNIO-PE
EDITAL DO CONCURSO PÚBLICO 001/2024

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÃO ESPECIAL

ATENÇÃO!

De acordo com o Edital, o candidato deverá preencher e encaminhar ao BioS Concursos, durante o período de inscrição, RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO, DATADO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO E A DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS.

- Na declaração de solicitação de atendimento especial deverão ser especificadas e indicadas e comprovadas as condições necessárias para a realização das provas, devendo ser enviados por e-mail para o endereço concurso@biosaprova.com.br, tendo como título o nome: **ANEXO III CANDIDATO (NOME DO CANDIDATO)**
- O candidato que necessitar de condições especiais para realização da prova, após o período de inscrição, deverá enviar este Requerimento, juntamente com o respectivo Relatório Médico, **até às 18 horas do penúltimo dia útil antes da prova** devendo ser enviados por e-mail para o endereço concurso@biosaprova.com.br, tendo como título o nome: ANEXO III CANDIDATO (NOME DO CANDIDATO)

As solicitações do Requerimento de Atendimento Especial serão atendidas segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade.

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES, A SEGUIR, EM LETRA LEGÍVEL, PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

DADOS DO CANDIDATO:

NOME:	
INSCRIÇÃO:	RG:
CARGO:	
TELEFONE:	CELULAR:

PARTE I: ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO

1. CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA:

Auditiva () Visual () Física ()

Outro tipo de deficiência () Especificar qual _____

2. AMAMENTAÇÃO ()

3. DISLEXIA ()

4. TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ()

5. OUTROS MOTIVOS

Candidato(a) temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado, outro caso)

Acidente () Pós-cirúrgico ()

Outro caso () Especificar qual _____



PARTE II. DESCRIÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA PROVAS OBJETIVAS

1. CANDIDATO(A) COM DEFICIÊNCIA:

1.1 VISUAL

Total (cego) () Subnormal (parcial) ()

Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

Assinale os recursos necessários para realização da prova:

() para cegos e visão subnormal – leitor;

() para visão subnormal – prova ampliada tamanho de fonte 24.

NOTA: A prova para os candidatos com deficiência visual total será lida e registrada por um profissional capacitado. Caso seja necessário, a prova para os candidatos com visão subnormal será lida e registrada por um profissional capacitado. Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias para realização da prova:**

1.2 AUDITIVA

- | | | |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| a) Deficiência auditiva | () Total | () Parcial |
| b) Faz uso de aparelho? | () Sim | () Não |
| c) Surdo oralizado? | () Sim | () Não |
| d) Surdo não oralizado? | () Sim | () Não |
| e) Necessita de intérprete? | () Sim | () Não |
| f) Necessita de tempo adicional? | () Sim | () Não |

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

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

1.3 FÍSICA

Parte do corpo: Membro superior (braços/mãos) () Membro inferior (pernas/pés) ()

Outra parte do corpo. Especificar qual _____

Necessita de tempo adicional? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico

Utiliza algum aparelho para locomoção? () Sim. Especificar _____ () Não

Necessita de mesa para cadeirante para realização das provas? () Sim () Não

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

1.4 OUTROS TIPOS DE DEFICIÊNCIA

Deficiência: _____

Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

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



Câmara Municipal de Afrânio-PE

2. AMAMENTAÇÃO

Nome do infante (filho): _____

Nome completo do(a) acompanhante do(a) _____

RG Número: _____, Órgão expedidor _____

Encaminhar cópia da certidão de nascimento da criança.

3. DISLEXIA

Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Necessita de um fiscal para auxílio na leitura do enunciado das questões? () Sim () Não

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico que determina essa necessidade, uma vez que não há questões discursivas e nem redação.

4. TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade)

Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

5. OUTROS MOTIVOS

Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença não infectocontagiosa e as condições necessárias para realização da prova:

Acidente () Pós-cirúrgico ()

Acometido por doença não infectocontagiosa () Especificar qual _____

Registre, se for o caso, outras **condições especiais necessárias para realização da prova:**

Observação: anexar a este requerimento o laudo médico.

ATENÇÃO: Esta declaração e a cópia do respectivo Laudo Médico deverão ser encaminhados até o último dia do período estabelecido no Quadro II, conforme disposto no Edital.

_____, ____ de _____ de _____.
Local e data

Assinatura do Candidato

USO DO BIOS CONCURSOS: DECISÃO DA BANCA ORGANIZADORA DO CONCURSO

() Indeferido. Motivo: _____

() Deferido. Especificar condições especiais atendidas: _____

