



**EDITAL Nº. 001/2015 – CÂMARA MUNICIPAL DE URUAÇU/GO  
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS NO QUADRO DE PESSOAL DA CÂMARA MUNICIPAL DE URUAÇU/GO**

**ANEXO V – A– REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**

Este formulário destina-se aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas do Concurso Público (pessoas com deficiência, recém-acidentados, recém-operados, candidatas que estiverem amamentando etc.).

**A  
Comissão do Concurso Público da Câmara Municipal de Uruaçu/GO**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrição nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ portador(a) do documento de identificação n. \_\_\_\_\_, expedido pelo(a) \_\_\_\_\_, candidato(a) ao Concurso Público para o cargo de \_\_\_\_\_ do EDITAL Nº. 001/2015 – CÂMARA MUNICIPAL DE URUAÇU/GO, venho requerer a V. Sa. condições especiais para realizar a prova, conforme as informações prestadas a seguir.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2015.  
Local

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)

**ATENÇÃO!**

- As condições especiais solicitadas serão concedidas mediante análise prévia do grau de necessidade, segundo os critérios de viabilidade e razoabilidade.
- O candidato com deficiência ou seu representante deverá anexar no sistema de inscrição, este Requerimento, devidamente preenchido, juntamente com o laudo, até o final das inscrições.
- O candidato com deficiência, que necessitar de tempo adicional para fazer as provas, deverá anexar a este requerimento a justificativa da necessidade 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 este formulário devidamente preenchido com o respectivo atestado médico.
- A candidata que estiver amamentando deverá anexar ao requerimento uma cópia legível do documento de identificação do acompanhante, o qual terá acesso ao local de realização das provas mediante apresentação do documento original de identidade.



**EDITAL Nº. 001/2015 – CÂMARA MUNICIPAL DE URUAÇU/GO**  
**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS NO QUADRO DE PESSOAL DA CÂMARA MUNICIPAL DE URUAÇU/GO**

**ANEXO V – B – REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES PARA QUE O IBEG POSSA ATENDER A SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

ASSINALE, COM UM X, O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

( ) Pessoa com deficiência ( ) Amamentação ( ) Outro. Qual ?

1. PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1.1 VISUAL

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

Circule os recursos necessários para fazer a prova:

- a) para cegos – prova em Braille, leitor de prova, máquina Perkins, reglete de mesa, punção, cubaritmo, sorobã, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;
- b) para visão subnormal – leitor de prova, 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

Necessita de tempo adicional? Sim ( ) Não ( )

NOTA: A prova para os deficientes visuais totais, que optarem por leitor de prova, será lida e registrada por um profissional capacitado. Para maior segurança do candidato, todos os procedimentos e as 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:

---

---

1.2 AUDITIVA

( ) Total ( ) Parcial

Faz uso de aparelho? Sim ( ) Não ( )

Precisa de Intérprete de LIBRAS? Sim ( ) Não ( )

Necessita de tempo adicional? Sim ( ) Não ( )

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. Qual? \_\_\_\_\_

Necessita de um fiscal para preencher o cartão-resposta e/ou a folha de resposta? Sim ( ) Não ( )

Utiliza algum aparelho para locomoção?

Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Necessita de algum móvel especial para fazer as provas? Sim ( ) Não ( )

Necessita de tempo adicional? 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê

\_\_\_\_\_  
Nº do documento de identificação (RG): \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Observação: O original desse documento deverá ser apresentado no dia da prova.

## 3. OUTROS

Candidato com 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2015.

Local

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)