

ANEXO VI – FORMULÁRIO PARA LAUDO MÉDICO – PCD

Dados do médico:

Nome Completo _____

CRM _____/UF: _____ Especialidade: _____

Declaro que o (a) Sr^(a) _____ Identidade nº _____, CPF nº _____, inscrito(a) como Pessoa com Deficiência, no Concurso Público da Câmara Municipal de Goiana/PE, concorrendo a uma vaga para o cargo de _____, fundamentado no exame clínico e nos termos da legislação em vigor (Decreto Federal nº 3.298/1999), _____ (é / não é) portador (a) da Deficiência _____ (física/auditiva/visual) de CID _____, em razão do seguinte quadro: _____

Diante disso, informo que será necessário:

() Deficiência física: Acesso especial à sala onde será realizada a prova escrita, em razão de dificuldade de locomoção por paralisia de membro (s) inferior (es).

() Deficiência física: Auxílio no preenchimento do cartão de resposta da prova, em razão da dificuldade motriz de membro (s) superior (es).

() Deficiência auditiva: Presença de intérprete de libras na sala onde será realizada a prova escrita para comunicação do candidato com fiscal de prova para prestar os esclarecimentos necessários, uma vez que não será permitido o uso de Prótese Auditiva.

() Deficiência visual: Prova em Braille.

Deficiência visual: prova com letra ampliada para corpo _____.

() O (A) candidato (a) não é pessoa com deficiência, não havendo necessidade de atendimento especial no momento da realização dos exames.

Goiana/PE, _____ de _____ de 2020.

Ratifico as informações acima.

Ass. c/ Carimbo do Médico

NOTA: O (A) candidato (a) inscrito (a) como Pessoa com Deficiência é obrigado (a) a, além deste documento, para a análise da comissão organizadora do concurso, encaminhar em anexo exames atualizados e anteriores que possam comprovar a Deficiência (laudo dos exames acompanhados da tela radiológica, escanometria, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Audiometria, Campimetria Digital Bilateral, estudo da acuidade visual com e sem correção, etc.).

Legislação de referência

Decreto Federal nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999:

Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I - Deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia,

paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II - Deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;

III - deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

ANEXO VII – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA PROVA OBJETIVA DE CONHECIMENTOS

Nome Completo _____

Nº inscrição _____

Na condição de candidato (a) ao certame para a Câmara Municipal de Goiana/PE, declaro estar no presente momento, necessitando do atendimento especial para realização da prova objetiva de conhecimentos:

() Ser lactente, conforme certidão de nascimento da criança, ou comprovante da maternidade em anexo.

() estar acometido(a) da doença baixo especificada que me impede de realizar a prova objetiva dentro da sala de aplicação, conforme atestado médico em anexo:

() Outros motivos a especificar conforme laudo/atestado em anexo:

_____;