

## ANEXO IV

**SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA TRENTO**  
 CONCURSO PÚBLICO – EDITAL Nº 001/2007

Nº PROTOCOLO SOLICITAÇÃO  
 PARA USO DA  
 ORGANIZAÇÃO

DATA: / /2007 H: :

**ATENÇÃO!**

- A. PREENCHER O FORMULÁRIO EM LETRA DE FÔRMA – LEGÍVEL OU DIGITAR.**  
**B. ANEXAR LAUDO MÉDICO.**

**INFORMAÇÕES DO CANDIDATO**

1. NOME DO CARGO CONCORRIDO		2. CÓDIGO
3. NOME DO(a) CANDIDATO(a)		4. Nº DE INSCRIÇÃO
5. ENDEREÇO COMPLETO/Nº/COMPLEMENTO		
6. BAIRRO:	7. CIDADE/UF	8. CEP:
9. TELEFONE:	10. E-MAIL:	

**DO PEDIDO**

Vem **REQUERER** atendimento especial como **PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS**, 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)*

**DA NECESSIDADE ESPECIAL**

11. DISCRIMINAR ABAIXO O TIPO DE ATENDIMENTO ESPECIAL NECESSÁRIO.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, / /2007.  
 local data

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Candidato

**JULGAMENTO DA NECESSIDADE ESPECIAL (PARA USO DA COMISSÃO INTERNA)**

( ) INDEFERIDO	ASSINATURA MEMBROS DA COMISSÃO INTERNA DO CONCURSO
( ) DEFERIDO	
DATA:	