

ANEXO VI – RECURSO DAS PROVAS

<i>RECURSO DA PROVA OBJETIVA</i>	
Orientações	
1 – Use folha separada para cada questão. 2 – Anulada uma questão, os pontos a ela correspondentes serão atribuídos a todos os candidatos, independentemente de terem recorrido 3 – O julgamento dos recursos será divulgado nos órgãos públicos do município.	
Cargo:	
Disciplina:	Nº da questão recorrida: _____
Fundamentação do recurso:	
Fonte(s) que embasa(m) a argumentação do candidato:	

ANEXO VII – Laudo Médico LAUDO MÉDICO – PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Este laudo deverá atender as exigências do subitem 2.7.3 do Edital: a) constar o nome e o número do Documento de Identificação do candidato especificado e o nome e nº. do registro no CRM do médico responsável pela emissão do laudo; b) descrever a espécie e o grau ou nível da deficiência, bem como a provável causa da mesma, com expressa referência ao código correspondente da classificação Internacional de Doenças – (CID10); c) apresentar os graus de autonomia; d) constar, quando for o caso, a necessidade de uso de órteses, próteses ou adaptações; e) no caso de deficiente auditivo, o Laudo deverá vir acompanhado de audiometria recente, realizada até 06 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições; f) no caso de deficiente visual, o Laudo deverá vir acompanhado de exame de acuidade visual em AO (ambos os olhos), patologia e campo visual, realizado até 06 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

O (a) candidato (a): _____
Documento de Identificação: _____ Inscrição: _____
Cargo: _____, foi submetido (a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de DEFICIÊNCIA _____ de conformidade com o Decreto n.º 5.296 de 02/12/04, Capítulo II, art. 5º, § 1º, Incisos I (letras a, b, c, d, e).

a) DEFICIÊNCIA FÍSICA

01 Paraplegia 06 Tetraparesia 11 Amputação ou Ausência de Membro
02 Paraparesia 07 Triplegia 12 Paralisia Cerebral



ESTADO DO CEARÁ



03 Monoplegia 08 Triparesia 13 Membros com Deformidade Congênita ou Adquirida
04 Monoparesia 09 Hemiplegia 14 Ostomias
05 Tetraplegia 10 Hemiparesia 15 Nanismo
..Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

b) DEFICIÊNCIA AUDITIVA: perda bilateral, parcial ou total de 41 dB ou mais, aferida por audiograma, nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

c) DEFICIÊNCIA VISUAL:

01 Cegueira – acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

02 Baixa visão – acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

03 Campo visual – em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.

04 A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.

d) DEFICIÊNCIA MENTAL: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

01 Comunicação 02 Cuidado Pessoal 03 Habilidades Sociais 04

Utilização dos recursos da comunidade 05 Saúde e segurança 06

Habilidades Acadêmicas 07 Lazer 08 Trabalho

e) DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) DA PATOLOGIA EM: _____

Observações: _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Candidato

Local

Médico / CRM

**ANEXO VIII
REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA
REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA**

Ilmo. Sr.

Presidente da Comissão do CONCURSO PÚBLICO da CAMARA MUNICIPAL TAUÁ.
NESTA

Eu, _____,
Documento de Identificação nº. _____, órgão expedidor _____
candidato ao cargo _____
inscrição nº. _____, residente na _____
Cidade: _____ UF: _____
telefones: () _____ / _____, venho requerer de
V. S.ª condições especiais para realizar a prova, por ser portador de
deficiência, conforme as informações prestadas no questionário a seguir e
comprovadas com Laudo Médico anexo.

Nestes termos, pede deferimento.
_____, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do candidato

Atenção! Você está solicitando uma sala especial, assim realizará a prova em uma sala preparada para atendê-lo em suas necessidades. Este formulário, devidamente preenchido, deverá ser entregue, pessoalmente ou encaminhado, às suas expensas, via SEDEX, no período de realização de inscrição conforme especificado no edital, para INEPAS – Instituto Nordeste de Educação, Políticas, Administrativas e Sociais S/S, Av. da Universidade, 2094, CEP: 60.020-180 – Benfica – Fortaleza - CE juntamente com o Laudo Médico que especifique o grau ou o tipo de deficiência.

QUESTIONÁRIO

Preencha corretamente as informações que correspondam ao seu tipo de deficiência.

Tipo de deficiência:

1. visual () 2. auditiva () 3. física () 4. outra _____

1. DEFICIÊNCIA VISUAL

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

Recursos necessários para fazer a prova:

Obs.: Os recursos permitidos são:

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 adotados durante a realização da prova serão gravados em fitas cassetes, que serão ouvidas posteriormente, para conferir se o registro foi fiel ao que foi dito pelo candidato.

2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Total Parcial

Faz uso de aparelho? Sim Não

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

3. DEFICIÊNCIA 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 Qual? _____

Obs.: Objetos permitidos: cama, poltrona, mesa espaçosa, cadeira confortável, máquina de datilografia comum.

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

4. OUTRA

Se você é portador de outro tipo de deficiência ou está temporariamente com problemas de saúde, registre, a seguir, o tipo/doença e as condições desejadas.

Assinatura do candidato



ANEXO XI- CURRICULUM VITAE

Cargo:

Inscrição:

I – DADOS PESSOAIS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____ Nº de filho: _____
CPF: _____ Registro _____
Profissional: _____ dade: _____ Expedidor: _____
Data: ___/___/___

II – ESCOLARIDADE E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

(Respostas positivas assinadas com **X**)

Nível de Escolaridade
[Ensino Fundamental Completo
[Ensino Médio Completo
[Ensino Médio Profissionalizante / Área: _____
[Ensino Superior
Cursos de Pós-Graduação:
[Especialização – Área: _____
[Mestrado – Área: _____
[Doutorado – Área: _____
Cursos de Capacitação:
– Cursos inerentes ao cargo:
Duração mínima de 120 h/a a) _____
b) _____
Duração mínima de 80 h/a: a) _____
b) _____
Duração mínima de 60 h/a a) _____
b) _____
Duração mínima de 40 h/a a) _____
b) _____
c) _____
Duração inferior a 40 h/a a) _____
b) _____
c) _____

III – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

– Tempo de experiência na administração pública: _____
– Tempo de Experiência Profissional: _____

IV – DOCUMENTOS APRESENTADOS E COPIAS ANEXADA AO PRESENTE CURRICULUM VITAE, ABAIXO ASSINADOS:

- [Certificado do Ensino Fundamental
- [Certificado do Ensino Médio
- [Diploma de Ensino Superior
- [Certificado de Curso de Pós-Graduação (Especialização e Mestrado)
- [Doutorado
- [Cursos Inerentes ao cargo com duração mínima de 120 h/a
- [Cursos Inerentes ao cargo com duração mínima de 80 h/a
- [Cursos Inerentes ao cargo com duração mínima de 60 h/a
- [Cursos Inerentes ao cargo com duração mínima de 40 h/a
- [Cursos Inerentes ao cargo com duração inferior a 40 h/a
- [Comprovante de experiência no cargo, objeto do CONCURSO PÚBLICO.

Os documentos assinados conferem com os originais apresentados.

Em ___/___/___

Encarregado de Inscrição

DECLARAÇÃO

Na oportunidade da entrega do *Curriculum Vitae*, apresento e faço a anexação dos documentos assinados, para fins de análise curricular e atribuição de pontos, conforme exigido em CONCURSO PÚBLICO, para provimento de cargos da CAMARA MUNICIPAL TAUÁ.

Declaro que os títulos relacionados, neste documento, são a expressão fiel da verdade.

_____, de _____ de 2007.

Assinatura do Candidato