

ANEXO IV
DECLARAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PcD)
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS DE GOIÁS- GO E
CÂMARA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS DE GOIÁS- GO

EDITAL N. 001/2024

O(A) candidato(a) _____

CPF N° _____ candidato(a) ao Concurso Público para preenchimento de vagas no cargo _____ da Prefeitura Municipal de Divinópolis de Goiás e Câmara Municipal de Divinópolis de Goiás (GO), Edital n° 001/2024, declara ser Pessoa com Deficiência (PcD). Nessa ocasião, o(a) referido(a) candidato(a) apresenta LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência de que é portador: _____

Código correspondente da (CID) _____.

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo _____

Dados especiais para aplicação das PROVAS: marcar com x no quadriculo, caso necessite de Prova Especial ou não. Em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessário.

() NÃO NECESSITA de PROVA ESPECIAL e/ ou de TRATAMENTO ESPECIAL.

() NECESSITA de PROVA e/ou CUIDADO ESPECIAL.

OBSERVAÇÃO: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres. Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto n° 3.298, de 20 de dezembro de 1999, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação, por ocasião da realização da avaliação médica.

_____, ____/____/____.
Local e Data

Assinatura do(a) candidato(a)

OBS: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ANEXADO AO EMAIL EM FORMATO PDF (CONFORME ORIENTAÇÕES DO EDITAL N° 001/2024)