

**CONCURSO PÚBLICO DA PREFEITURA DE SÃO DOMINGOS DO ARAGUAIA**  
**EDITAL Nº 01/2015/PMSDA**  
**FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

Nome do Candidato:

Cargo:

Endereço:

Bairro:

CEP:

CIDADE/UF:

Telefones:

Qual a sua deficiência? \_\_\_\_\_

Preencher e assinar este formulário, e, anexar a este formulário o laudo médico, original ou cópia autenticada, atestando a **espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID (Decreto nº 3.298/99)**, e, enviá-los pelos correios, no período das inscrições, através de carta registrada, à Comissão Executiva do Concurso da **Prefeitura de São Domingos do Araguaia – FADESP (Documentos PcD)**, Rua Augusto Corrêa, s/n, *Campus* Universitário da UFPA, Guamá, Belém-Pará, CEP 66075-110. **Solicitações posteriores serão indeferidas.**

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova?      **SIM (    ) NÃO (    )**

Se você respondeu **SIM**, a pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova.

Precisa de tempo adicional para realização das provas?      **SIM (    ) NÃO (    )**

Caso tenha respondido **SIM**, deverá anexar cópia da justificativa de parecer emitido por especialista da área de sua deficiência.

**Nome e Assinatura do(a) Candidato(a) ou do Responsável pelas informações acima.**

\_\_\_\_\_  
Nome Completo (por extenso) do candidato ou do responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato ou do responsável

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_