





## 2) PESSOA COM NECESSIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIAL

O candidato necessita de atendimento especial para realizar a prova?

Sim       Não

**Em caso de afirmativo, favor especificar o tipo:**

Não subir escada       Letra (fonte) da prova maior       Outros (descrever)::

---

Assinatura

### **Lembrando que conforme DECRETO 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;

IV - deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

V - deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências”.



**IMPORTANTE:**

**ANEXAR A ESTE REQUERIMENTO LAUDO MÉDICO ORIGINAL, CONTENDO:**

- 1) Descrição da espécie e grau ou nível da deficiência;
- 2) Enquadramento na Classificação Internacional de Doenças (CID);
- 3) Apresentação **expressa da capacidade do candidato de exercer as atribuições requeridas ao Técnico em Enfermagem** (conforme Anexo II do Edital).

**CONCLUSÃO DA COMISSÃO EXECUTIVA**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

(\_\_\_) Acatado

(\_\_\_) Não Acatado

**Observações:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nome e Assinatura:**

---

**Nome e Assinatura:**

---

**Nome e Assinatura:**

---

**Nome e Assinatura:**

---