# ANEXO III

## REQUERIMENTO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

**PSP Nº 334590/2017 E PSP Nº 334589/2017 - SENAR-RS - EDITAL Nº 002/2017**

|  |
| --- |
| Nome do candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº da inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Função: \_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome da mãe completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: (\_\_) Feminino (\_\_) Masculino E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Tel.: fixo: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(\_\_\_) Vem **REQUERER** vaga especial como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA** e para isso:

(\_\_\_) Apresentou **LAUDO MÉDICO** **emitido há menos de um ano** com CID.

(\_\_\_) Apresentou **LAUDO MÉDICO** **o qual declara expressamente que se trata de deficiência irreversível,** com CID, emitido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

**DESCREVER OS DADOS ABAIXO COM BASE NO** **LAUDO MÉDICO**

|  |
| --- |
| Tipo de deficiência de que é portador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome do Médico Responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ATENÇÃO: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres.

Nestes Termos,

Espera Deferimento.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Local) |  | (Data) |  | (Assinatura do Candidato) |