



**ANEXO III**  
**REQUERIMENTO NECESSIDADES ESPECIAIS**  
**PROCESSO SELETIVO – PREFEITURA DE LARANJAL PAULISTA**

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

Nº da inscrição: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Vem **REQUERER** reserva de função como **PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS**, apresentou LAUDO MÉDICO com CID (colocar os dados abaixo, com base no laudo):

Tipo de deficiência de que é portador: \_\_\_\_\_

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID \_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_

(OBS: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passível de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres)

**Dados especiais para aplicação das PROVAS:** (marcar com X no local caso necessite de Prova Especial ou não, em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessário)

( ) **NÃO NECESSITA DE PROVA ESPECIAL** e/ou **TRATAMENTO ESPECIAL**

( ) **NECESSITA DE PROVA ESPECIAL** (Discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário)

---

---

---

---

---

---

---

---

**É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO com CID, junto a este requerimento.**

Laranjal Paulista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato