



CÂMARA DO MUNICÍPIO DE IMBAÚ

ESTADO DO PARANÁ

Rua Francisco Siqueira Kortz, nº 473 – São Cristóvão – Fone/Fax (**42)32781232 – CEP. 84.250-000 – Imbaú - PR

ANEXO III – DO EDITAL Nº 001/2014

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2014

CÂMARA MUNICIPAL DE IMBAÚ - PARANÁ

FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

À Comissão do Concurso Público nº 001/2014
Câmara Municipal de Imbaú - Paraná

CANDIDATO (A): _____ **Nº Inscrição:** _____

RG: _____ **CPF:** _____

CARGO PLEITEADO: _____

Vem **REQUERER** PROVA ESPECIAL e/ou TRATAMENTO ESPECIAL como **PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**, pelo qual apresento LAUDO MÉDICO com CID (colocar os dados abaixo, com base no laudo):

Tipo de deficiência _____

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID _____

Nome do Médico Responsável pelo laudo: _____

Nº do CRM do Médico: _____

(OBS: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis 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 Necessária) _____

É Obrigatório a apresentação de LAUDO MÉDICO com CID, junto a esse requerimento.

Imbaú (PR), ____ de _____ de 2014.

ASSINATURA DO CANDIDATO

Obs.: Entregue uma cópia deste formulário para a Comissão do Concurso Público nº 001/2014, Prefeitura do Município de Imbaú, Estado do Paraná, sito a Rua Francisco Siqueira Kortz nº 473, Bairro São Cristóvão, Imbaú/PR, CEP: 84.250-000, no horário das 8h às 11h e das 13h às 17h, obedecendo ao prazo previsto no cronograma
Informações pelo Telefone: (042)3278-1232