



Anexo IV
DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)
E SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS

NOME:
CPF:
INSCRIÇÃO:
CARGO:

DEFICIÊNCIA DECLARADA:	CID:

NOME DO MÉDICO QUE ASSINA O LAUDO EM ANEXO	Nº DO CRM

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA
NÃO PRECISO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS ☐ PROVA EM BRAILE ☐ PROVA E GABARITO AMPLIADOS ☐ SALA DE FÁCIL ACESSO ☐ OUTRA. ☐ QUAL? _____ JUSTIFICATIVA DA CONDIÇÃO ESPECIAL: _____ _____

ATENÇÃO: Esta **Declaração** e o respectivo **Laudo Médico** deverão ser encaminhados via portal do candidato no prazo estabelecido até o encerramento das inscrições.

Assinatura do médico e carimbo: _____

