



# Fadesp

Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa

**CONCURSO PÚBLICO DA CMA 2018  
EDITAL N° 01/2018/CMA  
FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

**Nome do Candidato:**

**Cargo:**

**Endereço:**

**Bairro:**

**CEP:**

**CIDADE/UF:**

**Telefones:**

**Qual a sua deficiência?** \_\_\_\_\_

Preencher e assinar este formulário, e, anexar a este formulário o laudo médico, original ou cópia autenticada, atestando a **espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença** – CID (Decreto nº 3.298/99), e, enviá-los pelos correios, no período das inscrições, através de carta registrada, à Comissão Executora do Concurso da CMA – FADESP (Documentos PCD), Rua Augusto Corrêa, s/n, Campus Universitário da UFPA, Guamá, Belém-Pará, CEP 66075-110. .

**Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova?**      SIM (    )    NÃO (    )

**Se você respondeu SIM, a pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova.**

  

---

---

**Precisa de tempo adicional para realização das provas?**      SIM (    )    NÃO (    )

Caso tenha respondido **SIM**, deverá anexar cópia da justificativa de parecer emitido por especialista da área de sua deficiência.

**Nome e Assinatura do(a) Candidato(a) ou do Responsável pelas informações acima.**

Nome Completo (por extenso) do candidato ou do responsável

Assinatura do candidato ou do responsável

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_