



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUAPEBAS**  
**CONCURSO PÚBLICO - Edital N.º 001/2009**  
**FORMULÁRIO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Nome do Candidato: _____ _____	Nº de Inscrição: _____
-----------------------------------	---------------------------

Endereço: _____	
Bairro: _____ CEP: _____	Cidade/UF: _____ Telefone: _____

Qual a Qualificação da Deficiência? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enviar por carta registrada este formulário e uma cópia do laudo médico, original ou cópia simples, atestando a espécie e o grau ou nível de sua deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID-10, conforme definido no subitem 3.3 do Edital n° 01/2009/PMP.

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2009