

**CONCURSO PÚBLICO DA CMC 2017**  
**EDITAL N° 01/2017/CMC**  
**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 Executiva do Concurso da CMC – 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

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