



ESTADO DA PARAIBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MASSARANDUBA

ANEXO III  
REQUERIMENTO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

<Para fins de identificação do certame, imprima este anexo na íntegra, inclusive com a parte do cabeçalho onde consta a identidade do certame>

Nome completo do candidato:			
Número da Inscrição:		Emprego:	
Documento de Identidade:			
Órgão Expedidor com UF:		Data Expedição:	
CPF:	Título de Eleitor:	Zona:	Seção:
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Endereço residencial completo:		Nº:	Complemento:
Cidade:	UF:	CEP:	
Telefone fixo: [ ]		Telefone Celular: [ ]	
E-mail:			
Filiação	Nome completo da mãe:		
	Nome completo do pai:		
<p>Eu, acima qualificado(a), <b>VENHO REQUERER</b> vaga especial como pessoa com deficiência; <b>DECLARO</b> que possuo conhecimento das atribuições do emprego o qual me inscrevo, bem como que tenho ciência de que minha deficiência deve ser compatível com as referidas atribuições para fins de contratação, o que será confirmado quando dos exames médicos admissionais; <b>DECLARO</b> que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são verdadeiros e que estou ciente de que a não apresentação de qualquer documento para comprovar a condição que garante o deferimento da solicitação, ou, ainda, que a não apresentação e/ou a apresentação dos documentos fora dos padrões, prazo e/ou forma solicitados implicará o indeferimento da solicitação; <b>DECLARO</b> que estou ciente de que, constatada falsidade em qualquer momento, poderei responder por crime contra a fé pública, nos termos da lei vigente, o que também acarretará minha eliminação deste certame. <b>Diante do exposto:</b></p> <p>( ) Apresento <b>LAUDO MÉDICO</b> emitido há menos de um ano com CID.</p> <p>( ) Apresento <b>LAUDO MÉDICO</b> o qual declara expressamente que se trata de deficiência irreversível, com CID, emitido em ____/____/____.</p>			
<b>DESCREVER OS DADOS ABAIXO COM BASE NO LAUDO MEDICO:</b>			
Tipo de deficiência de que é portador:			
Código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID:			
Nome do Médico Responsável pelo laudo:			

Nesses termos,  
Pedi Deferimento.

(Local)

(Data)

(Assinatura do Candidato)