



RUA MONSENHOR JACOB  
SEGER, 186, CENTRO  
CEP: 95940-000.

**ANEXO IV - MODELO DE REQUERIMENTO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

**PROCESSO SELETIVO Nº 001/2023 – PREFEITURA MUNICIPAL DE ARROIO DO MEIO/RS – EDITAL Nº 001/2023**

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

Nº da inscrição: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

Tel.: fixo: (        ) \_\_\_\_\_ Celular: (        ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Vem **REQUERER** vaga especial como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**. Apresentou LAUDO MÉDICO com CID. (colocar os dados abaixo, com base no laudo):

Tipo de deficiência de que é portador: \_\_\_\_\_

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_

(OBS.: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres).

**DEVERÁ SER ENVIADO JUNTAMENTE COM O LAUDO MÉDICO PARA PLEITEAR A VAGA PNE.**

(Datar e assinar)

\_\_\_\_\_  
Assinatura