**ANEXO IV – SOLICITAÇÃO DE RESERVA DE VAGAS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)**

**EDITAL Nº 01/2025**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 001/2025**

**NOME DO CANDIDATO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **CPF:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **CARGO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vem REQUERER vaga especial como PESSOA COM DEFICIÊNCIA e para isso:

( ) Apresentou LAUDO MÉDICO emitido há menos de um ano com CID.

( ) Apresentou LAUDO MÉDICO o qual declara expressamente que se trata de deficiência irreversível, com CID, emitido em / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DESCREVER OS DADOS ABAIXO COM BASE NO LAUDO MÉDICO

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

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

Nome do Médico Responsável pelo laudo (com CRM): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nestes Termos, Espera Deferimento.

Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Candidato