



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

**ANEXO III – EDITAL DE ABERTURA N.º 02/2025 – PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
REQUERIMENTO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Nome do candidato: _____

N.º da inscrição: _____ Função: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: () Feminino () Masculino E-mail: _____

RG n.º: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Órgão Emissor: _____

CPF n.º: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Tel. fixo: () _____ Celular: () _____

REQUER vaga como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**. (É obrigatório atender ao Capítulo III deste Edital e preencher os dados a seguir, com base no laudo médico)

Tipo e grau de deficiência: _____

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID): _____

Nome / CRM 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).

Caso o candidato necessite de Atendimento Especial, deverá preencher também o Anexo V, conforme disposto no Capítulo IV.

Nestes Termos,

Espera Deferimento.

(Local)

(Data)

(Assinatura do Candidato)