



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  
REQUERIMENTO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

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

N.º da inscrição: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

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 VI, conforme disposto no Capítulo IV.

Nestes Termos,

Espera Deferimento.

\_\_\_\_\_  
(Local)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Candidato)