

Requerimento Específico para Inscrição de Candidato na Condição de Pessoa com Deficiência

Nº do Edital: 01/2017 – BANRISUL S/A

Cargo: _____

Nome do Candidato: _____

Nº de Inscrição: _____

vem **REQUERER** sua inscrição como **CANDIDATO NA CONDIÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**, apresentando o **ATESTADO MÉDICO** (original ou fotocópia autenticada) com CID (colocar os dados abaixo, com base no ATESTADO):

a) Tipo de deficiência: _____

b) Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID: _____

c) Nome do Médico Responsável pelo Atestado Médico: _____

d) CRM do Médico Responsável pelo Atestado Médico: _____

e) Data de emissão do Atestado Médico: _____

O candidato inscrito na condição de Pessoa com Deficiência deverá entregar **Atestado Médico** (original ou fotocópia autenticada) à FAURGS, pessoalmente ou por meio de procurador, procuração simples, na Av. Bento Gonçalves, nº 9.500, Prédio 43.609, 3º andar, *Campus Vale* da UFRGS, CEP: 91501-970, Bairro Agronomia, Porto Alegre/RS, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID, acompanhado desse requerimento específico. **O Atestado Médico (original ou fotocópia autenticada) deverá, obrigatoriamente,** conter o nome, o carimbo, a assinatura, a data e o número do CRM do Médico, com a indicação da provável causa da deficiência, com **data de emissão** do atestado médico posterior a **22/09/2017**.

Informações para a aplicação das PROVAS (marcar com X o local apropriado; caso necessitar de Atendimento Especial, discriminar o tipo de prova necessário):

() **NÃO NECESSITO** DE ATENDIMENTO ESPECIAL

() **NECESSITO** DE ATENDIMENTO ESPECIAL (discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário)

OBS.: É obrigatório anexar o ATESTADO MÉDICO (**original ou fotocópia autenticada**) com CID, junto a este requerimento.

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Candidato(a):