

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES, A SEGUIR, PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

Amamentação () Acidentado () Pós-cirúrgico ()

Acometido por doença () Qual? _____

Outro caso () Qual? _____

CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros).
Registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

Registre, se for o caso, as condições especiais necessárias:

Observação: Anexar atestado médico, devidamente assinado pelo médico especialista da área.

2. Candidata que deseja AMAMENTAR

Preencha os dados abaixo solicitados:

Nome completo do acompanhante do bebê _____.

N. do documento de identificação do (a) acompanhante _____,

órgão expedidor/UF _____

Observação: Anexar cópia do documento de identidade.

No dia da prova o(a) acompanhante deverá apresenta-se portando o original desse documento, devendo apresentá-lo na coordenação do concurso.