



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE AGROLÂNDIA
EDITAL DO PROCESSO SELETIVO
N.º 003, DE 14 DE OUTUBRO DE 2026



ANEXO V
FORMULÁRIOS

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO

Nome completo do solicitante:

Número da identidade:

Número do CPF:

Vaga:

Telefone:

1. Candidato(a) necessita de atendimento especial

Se sim:

Intérprete de libras

Ledor

Mesa para cadeirante

Prova com fonte ampliada (fonte tamanho 24)

Sala de fácil acesso (andar térreo com rampa)

Tempo adicional (uma hora a mais de prova)

Transcritor

Uso de prótese auditiva

Outro, especificar:

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

2. Obrigatório envio de documentos conforme edital
Candidato(a) possui deficiência

Se sim:

Especifique a deficiência:

N.º do CID:

Nome do médico que assina do Laudo:

N.º do CRM:

Não

☐

Sim

☐

3. Obrigatório envio de documentos conforme edital
Candidata é lactante

Não

☐

Sim

☐

4. Obrigatório envio de documentos conforme edital
Candidata é gestante

Não

☐

Sim

☐

5. Obrigatório envio de documentos conforme edital
Pessoa transgênero

Não

☐

Sim

☐

6. Obrigatório envio de documentos conforme edital
Canhoto

Não

☐

Sim

☐

Por ser expressão da verdade.

Pede deferimento.

_____, _____, _____ de 2026.

CANDIDATO(A)

CPF: _____