ANEXO VIII - REQUERIMENTO DE ADAPTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PROVA DE CAPACIDADE FÍSICA – PCD

Nome do candidato: _____

Número de inscrição:_____

CPF:_____

1. DECLARAÇÃO DO CANDIDATO

Eu, candidato(a) acima identificado(a), inscrito(a) no **Concurso Público de Agente Municipal de Trânsito de Vilhena/RO - Edital Nº 01/2026**, requerer adaptação para realização da Prova de Capacidade Física (PCF) em razão da deficiência declarada no ato da inscrição.

Declaro que estou ciente de que a solicitação será analisada pelo **IBGP**, podendo ser deferida ou indeferida conforme a análise do laudo médico apresentado, a legislação vigente e a compatibilidade da adaptação solicitada com as atribuições do cargo.

2. IDENTIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA

Assinale a opção correspondente à deficiência declarada:
( ) Deficiência física;
( ) Deficiência auditiva;
( ) Deficiência visual;
( ) Transtorno do Espectro Autista (TEA);
( ) Deficiência múltipla

Descreva resumidamente a deficiência ou condição apresentada:

_____
_____
_____
_____

3. SOLICITAÇÃO DE ADAPTAÇÃO POR TESTE

Informe, se necessário, a adaptação solicitada para cada uma das modalidades da Prova de Capacidade Física.

a) Teste de Barra Fixa
Necessita adaptação?
( ) Sim
( ) Não
Caso afirmativo, descreva a adaptação solicitada:

_____
_____
_____
_____

b) Teste de Flexão Abdominal Remador

Necessita adaptação?
( ) Sim
( ) Não

Caso afirmativo, descreva a adaptação solicitada:

_____
_____
_____
_____

c) Teste de Resistência Aeróbica (Corrida de 12 minutos)
Necessita adaptação?
( ) Sim
( ) Não
Caso afirmativo, descreva a adaptação solicitada:

_____
_____
_____
_____

4. DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

O candidato deverá anexar laudo médico ou parecer de profissional de saúde habilitado, contendo obrigatoriamente:

I. identificação do candidato;
II. descrição da deficiência ou condição apresentada;
III. indicação da Classificação Internacional de Doenças (CID);
IV. descrição das limitações funcionais decorrentes da deficiência;
V. justificativa para a adaptação solicitada;
VI. assinatura, carimbo e número de registro no conselho profissional do médico ou especialista responsável.

5. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações prestadas neste requerimento são verdadeiras e estou ciente de que a omissão ou prestação de informações falsas poderá implicar o indeferimento da solicitação ou a eliminação do concurso público.
Declaro ainda estar ciente de que a adaptação solicitada será analisada pela **IBGP,** podendo ser **deferida total ou parcialmente**, **ou indeferida**, conforme critérios técnicos e legais e razoáveis.

Local: _____

Data: _____ / _____ / _____