

**ANEXO I AO EDITAL 011/2020 –  
AVALIAÇÃO DOS CANDIDATOS (MEDIDAS DE PREVENÇÃO COVID)**

Eu, \_\_\_\_\_, candidato ao cargo de \_\_\_\_\_, do "do Concurso Público de Provas e Títulos para o Quadro de Pessoal do Município de São Gabriel do Oeste (Secretarias, Autarquia e Fundações)", inscrição n.º \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade n.º \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ e do CPF n.º \_\_\_\_\_, em virtude da realização das Provas Escritas (Objetivas e discursivas) e considerando os efeitos nefastos que o surto da Covid, tem provocado na Saúde Pública Mundial, bem como a necessidade de implementação de medida imediata visando à preservação, controle e contenção de riscos, de forma a evitar a disseminação da doença, **DECLARO** estar de acordo com as informações por mim prestadas abaixo, atestando como verdadeiras sob pena de responsabilização nos termos da legislação vigente:

**1. FAÇO PARTE DO SEGUINTE GRUPO DE RISCO:**

Idoso é aquele com mais de 60 anos

Obesidade é classificada como  $IMC \geq 30$  (divide-se o peso pela altura elevada ao quadrado).

Doenças cardiovasculares (DCVs) que se enquadra em grupo de distúrbios do coração e dos vasos sanguíneos e incluem: doença cardíaca coronária - doença dos vasos sanguíneos que suprem o músculo cardíaco, incluindo infarto. Doença cerebrovascular - doença dos vasos sanguíneos que suprem o cérebro, incluindo o acidente vascular encefálico. Doença arterial periférica - doença dos vasos sanguíneos que suprem os braços e pernas, incluindo trombose. Doença cardíaca reumática - dano ao músculo cardíaco e válvulas cardíacas devido à febre reumática, causada por bactérias estreptocócica. Cardiopatia congênita - malformações da estrutura cardíaca existentes no nascimento. Trombose venosa profunda e embolia pulmonar - coágulos sanguíneos nas veias das pernas, que podem desalojar e mover-se para o coração e os pulmões.

Hipertensão Arterial Sistêmica: diagnóstico realizado por profissional de saúde após medidas repetidas da pressão arterial, e uso de medicamentos anti-hipertensivos.

Diabetes mellitus: diagnóstico laboratorial avaliado por equipe de saúde através da glicemia.

Câncer: Qualquer câncer com exceção de pele localizado (exceto melanoma invasivo) há menos de 5 anos.

Tabagismo: fuma diariamente, independentemente do número de cigarros.

Doença pulmonar crônica: tem o diagnóstico de doença pulmonar como asma, bronquite ou DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) e faz uso de medicamentos.

Gestante sem risco ou Gestante de alto risco, ciente que está suscetível às complicações pelo risco de parto prematuro.

Estou em quarentena.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

**Obs. Caso esteja no grupo de risco, se torna INDISPENSÁVEL o envio de Laudo para comprovação.**

**ANEXO II AO EDITAL 011/2020 –  
REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**

<b>REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS</b>			
Nome do Candidato:			
Nº da inscrição:	RG:	CPF nº:	Telefone para contato:
Candidato ao Cargo:		Edital nº:	
Senhor Presidente da Comissão do Concurso:			
O candidato acima identificado, concorrendo a uma vaga no cargo indicado do Concurso Público de Provas e Títulos para o Quadro de Pessoal do Município de São Gabriel do Oeste (Secretarias, Autarquia e Fundações), vem requerer a V. Sª. que lhe sejam concedidas condições especiais para realizar a Prova Escrita (Objetiva), em virtude de:			
<b>1. INSCRITO COMO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:</b>			
<input type="checkbox"/> Facilidade para acesso ao local de prova, por usar equipamento que impede subir escadas;			
<input type="checkbox"/> Confecção de prova especial ampliada, por ter deficiência visual (amblíope);			
<input type="checkbox"/> Ledor de prova com tempo adicional;			
<input type="checkbox"/> Tempo adicional (conforme solicitação em laudo)			
<input type="checkbox"/> Intérprete de Libras, com tempo adicional;			
<input type="checkbox"/> Intérprete de Libras;			
<input type="checkbox"/> Amparados pela Lei nº 10.826/2003 (porte de arma)			
<b>2. NECESSITAR DE ACOMPANHANTE PARA AMAMENTAR SEU BEBÊ:</b>			
Nome completo da pessoa que irá acompanhar o bebê para ser amamentado: _____, nº do RG _____ /_____, emitido por _____.			
Obs.: O original do documento informado deverá ser apresentado no dia da prova.			
<b>3. ESTAR TEMPORARIAMENTE COM PROBLEMAS GRAVES DE SAÚDE:</b>			
Que o impossibilita realizar a Prova Escrita (Objetiva e discursiva) em condições normais, por estar: [ ] acidentado [ ] operado [ ] (outros), de acordo com atestado anexo, necessitando que lhe sejam disponibilizadas, no local de realização das provas escritas, as seguintes condições:			
<b>Nestes termos, pede deferimento.</b>			
(Cidade/MS), ____/ de _____ de 2021.			
_____ Assinatura do (a) candidato (o)			