



ANEXO III

1. Dados Pessoais de Identificação:

Nome completo			
Nome Social (caso tenha)			
Nº RG	Nº CPF	Nacionalidade	Naturalidade
Data de Nascimento	Profissão		Nº Registro (Órgão Classe)
Sexo	Estado Civil		
 	<input type="checkbox"/> Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> União estável	<input type="checkbox"/> Divorciado (a)
	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a)
Nº Título Eleitoral		Nº Quitação Obrigações Militares(Sexo Masculino)	
Endereço (Nome da Rua)			
Nº		Complemento	
Bairro		Cidade	
CEP		Nº Telefones	
 		()	
		()	
E-mail			
Optante a concorrer a vaga destinada as cotas?			
Sim () Não ()			
Se SIM, qual?			
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ()			
PESSOAS NEGRAS ()			
PESSOAS TRANS ()			
INTEGRANTES DOS POVOS INDÍGENAS ()			



ANEXO V
FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS

CAPA DO FORMULÁRIO DE RECURSO:

INSTRUÇÕES
1- Usar apenas um formulário de recurso para cada questão item.
2- Os recursos devem ser digitados.
3- Apresentar argumentação lógica e consistente.
4- O recurso deverá ser entregue pessoalmente na: Divisão de Pessoal (DGP) da Secretaria de Obras Públicas do Rio Grande do Sul Av. Borges de Medeiros, 1501 - 3º andar, CEP: 90119-900 - Porto Alegre/RS no horário de atendimento das 08h às 18h.
5- Preencher os campos abaixo e formulário de recurso

Nome completo		Nº da inscrição
Cargo	Vaga	

À Comissão Gestora/Banca Examinadora.

Como candidato inscrito para o Processo Seletivo Simplificado da Secretaria de Obras Públicas, **EDITAL SOP Nº 01/24**, solicito

<input type="checkbox"/>	Revisão da inscrição não homologada;
<input type="checkbox"/>	Impugnação de membro da banca examinadora;
<input type="checkbox"/>	Revisão de pontuação de títulos;
<input type="checkbox"/>	Revisão da classificação;
<input type="checkbox"/>	Revisão do resultado do desempate;

Conforme o Formulário de Recurso.

_____, ____ de _____ de 202__.

Assinatura do(a) Candidato(a)

**FORMULÁRIO DE RECURSO – EDITAL SOP Nº 01/24**

Nome completo	Nº da inscrição

Justificativa do Candidato

Empty space for the candidate's justification.

Data	Assinatura do candidato (a)
_____, ____ de _____ de 202__.	



ANEXO VI
FORMULÁRIO COM INFORMAÇÕES PARA O LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATO(A) COM DEFICIÊNCIA QUE DESEJA CONCORRER À RESERVA DE VAGA

Dados pessoais:

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____/UF: _____ Nascimento: ____/____/____

Documentos que devem ser anexados a este Formulário:

O candidato deverá anexar o laudo médico quando da inscrição, em conformidade com as exigências do Edital. Com as seguintes informações:

- a) Ter nome do candidato, data de nascimento, do RG e do CPF;
- b) Ter data de emissão de, no máximo, 90 (noventa) dias anteriores à publicação deste Edital;
- c) Conter o nome e a assinatura do médico, carimbo e seu número de registro no Conselho Regional de medicina;
- d) Descrever a espécie e o grau ou nível da deficiência, bem como a provável causa dessa deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças - CID.

AUTODECLARAÇÃO

Eu _____, declaro-me portador de deficiência.

Assinatura do(a) candidato(a)

ESPAÇO RESERVADO PARA A COMISSÃO DE AVALIAÇÃO CONFIRMAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO

Candidato(a) APTO para concorrer a Reserva de Vagas para as pessoas com deficiência:

Sim () Não ()

Nome

Nome

Nome

Id. Func.

Id. Func.

Id. Func.

Data: ____/____/____



ANEXO VII
FORMULÁRIO DE CONFIRMAÇÃO DE AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATO(A)

NEGRO, COMPREENDIDO PRETOS OU PARDOS

Dados pessoais:

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____ /UF: ____ Nascimento: __/__/____

Documentos que devem ser anexados a este Formulário:

- Cópia colorida do documento de identificação com foto (RG, ou CNH ou Carteira de Trabalho); e
- Fotografia frontal, recente, com boa iluminação, fundo branco sem filtros e sem maquiagem, colorida e no tamanho no mínimo de 10x15cm, sendo admitido tamanho superior.

AUTODECLARAÇÃO

Eu _____, declaro-me de cor preta () ou parda (), da raça etnia negra e definidas como tais, conforme classificação adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Autorizo a Comissão de Verificação a me fotografar para fins de registro, sendo esta imagem utilizada apenas para essa Fase deste Processo Seletivo.

Assinatura do(a) candidato(a)

**ESPAÇO RESERVADO PARA A COMISSÃO DE AVALIAÇÃO CONFIRMAÇÃO DA
AUTODECLARAÇÃO**

Candidato(a) APTO para concorrer a Reserva de Vagas para as pessoas Negras, compreendidas as Pretas ou Pardas:

Sim () Não ()

Nome

Nome

Nome

Id. Func.

Id. Func.

Id. Func.

Data: ____/____/____



ANEXO VIII
FORMULÁRIO DE CONFIRMAÇÃO DE AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATO(A)
TRANS

Dados pessoais:

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____ /UF: _____ Nascimento: ____/____/____

Documentos que devem ser anexados a este Formulário:

- Cópia colorida do documento de identificação com foto (RG, ou CNH ou Carteira de Trabalho); e
- Fotografia frontal, recente, com boa iluminação, fundo branco sem filtros e sem maquiagem, colorida e no tamanho no mínimo de 10x15cm, sendo admitido tamanho superior.
- A apresentação da certidão de nascimento de inteiro teor (ou número de protocolo do processo administrativo para retificação) e/ou apresentação de documentos com nome social (carteira de nome social, carteira de identidade profissional, crachás, carteira de estudante, cartão do vale-transporte, CNH, Cartão Nacional de Saúde, entre outros) se houver.

AUTODECLARAÇÃO

Eu _____, declaro-me mulher trans (), travesti () e/ou homem trans (), com base no Decreto Estadual nº 56.229/2021, para o fim específico de concorrer à reserva de vagas destinadas a pessoas que não se identificam com o gênero que lhes foi atribuída quando de seu nascimento.

Autorizo a Comissão de Verificação a me fotografar para fins de registro, sendo esta imagem utilizada apenas para essa Fase deste Processo Seletivo.

Assinatura do(a) candidato(a)

ESPAÇO RESERVADO PARA A COMISSÃO DE AVALIAÇÃO CONFIRMAÇÃO DA
AUTODECLARAÇÃO

Candidato(a) APTO para concorrer a Reserva de Vagas para as Pessoas Trans:

Sim () Não ()

Nome

Nome

Nome

Id. Func.

Id. Func.

Id. Func.

Data: ____/____/____



ANEXO IX
FORMULÁRIO DE CONFIRMAÇÃO DE AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATO(A)
INTEGRANTE DOS POVOS INDÍGENA

Dados pessoais:

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____ /UF: _____ Nascimento: ____/____/____

Documentos que devem ser anexados a este Formulário:

- Cópia colorida do documento d;
- Fotografia frontal, recente, com boa iluminação, fundo branco sem filtros e sem maquiagem, colorida e no tamanho no mínimo de 10x15cm, sendo admitido tamanho superior;
- documento emitido pela Fundação Nacional do Índio – FUNAI que ateste sua condição ou declaração de sua respectiva comunidade sobre sua condição de pertencimento étnico, assinada por, pelo menos, duas lideranças reconhecidas

AUTODECLARAÇÃO

Eu _____, declaro-me integrante dos Povos Indígenas, para o fim específico de concorrer à reserva de vagas destinadas a indígenas, com base no Decreto Estadual nº 56.229/2021.

Autorizo a Comissão de Verificação a me fotografar para fins de registro, sendo esta imagem utilizada apenas para essa Fase deste Processo Seletivo.

Assinatura do(a) candidato(a)

**ESPAÇO RESERVADO PARA A COMISSÃO DE AVALIAÇÃO CONFIRMAÇÃO DA
AUTODECLARAÇÃO**

Candidato(a) APTO para concorrer a Reserva de Vagas para os integrantes dos Povos Indígenas:

Sim () Não ()

Nome

Nome

Nome

Id. Func.

Id. Func.

Id. Func.

Data: ____/____/____



ANEXO X

MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATO QUE DESEJA CONCORRER À RESERVA DE VAGA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O(a) Candidato(a) _____

Documento de Identificação (RG) nº _____, CPF nº _____, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de DEFICIÊNCIA

_____.

a) DEFICIÊNCIA FÍSICA ():

() Paraplegia () Triplegia () Paraparesia () Triparesia

() Monoplegia () Hemiplegia () Monoparesia () Hemiparesia

() Tetraplegia () Tetraparesia () Paralisia Cerebral () Amputação ou Ausência de Membro

() Ostomia () Nanismo () Membros com deformidade congênita ou adquirida

b) DEFICIÊNCIA AUDITIVA ():

() Surdez moderada: apresenta perda auditiva de 41 (quarenta e um) a 55 (cinquenta e cinco) decibéis;

() Surdez acentuada: apresenta perda auditiva de 56 (cinquenta e seis) a 70 (setenta) decibéis;

() Surdez severa: apresenta perda auditiva de 71 (setenta e um) a 90 (noventa) decibéis;

() Surdez profunda: apresenta perda auditiva acima de 90 (noventa) decibéis.

c) DEFICIÊNCIA VISUAL ():

() Cegueira: quando não há percepção de luz ou quando a acuidade visual central é inferior a 20/400P (0,05WHO), ou ainda quando o campo visual é igual ou inferior a 10 graus, após a melhor correção, quando possível;

() Visão subnormal: quando a acuidade visual é igual ou inferior a 20/70P (0,3 WHO), após a melhor correção.

() Visão monocular.

A deficiência mental caracteriza-se por apresentar o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação anterior à idade de 18 anos aliado a limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade no que tange a: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, ou independência na locomoção, saúde, segurança, escola e lazer.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) DA PATOLOGIA: _____

Idade do diagnóstico da deficiência: _____ Idade Atual: _____

Grau ou nível da deficiência: _____ Histórico da patologia: _____

Data da emissão deste Laudo: _____.

Nome do médico/Especialidade/CRM/Carimbo