



**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



CONCURSO PÚBLICO DE AGENTE MUNICIPAL DE
TRÂNSITO DE VILHENA/RO

EDITAL Nº 01/2026



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: ____ / ____ / ____

Consulte autenticidade do arquivo através do QR Code, ou copie e cole o link no navegador:
<https://vilhena.oxy.elotech.com.br/protocolo/consulta-autenticidade?identificador=f28c2253-caa5-4aa2-b404-38ab5e4cc068>

