



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

ANEXO VI - DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

Dados do médico:

Nome completo _____

CRM / UF: _____

Especialidade: _____

Declaro que o (a) Sr(a) _____ Identidade nº _____, CPF nº _____, inscrito(a) como **Pessoa com Deficiência** na Seleção Pública Simplificada concorrendo a uma vaga para a função de _____, conforme Portaria Conjunta SAD/IRH nº ____/____, fundamentado no exame clínico e nos termos da legislação em vigor (Decreto Federal nº 3.298/1999), _____ (é / não é) portador (a) da Deficiência _____ (física/auditiva/visual) de CID 10 _____, em razão do seguinte quadro:

Diante disso, informo que será necessário:

() Deficiência física: acesso especial à sala onde será realizada a prova escrita, em razão de dificuldade de locomoção por paralisia de membro (s) inferior (es).

() Deficiência física: auxílio no preenchimento do cartão de resposta da prova, em razão da dificuldade motriz de membro (s) superior (es).

() Deficiência auditiva: presença de intérprete de libras na sala onde será realizada a prova escrita para comunicação do candidato com fiscal de prova para prestar os esclarecimentos necessários, uma vez que não será permitido o uso de Prótese Auditiva.

() Deficiência visual: prova em Braille.

Deficiência visual: prova com letra ampliada para corpo _____.

() O (A) candidato (a) não é pessoa com deficiência, não havendo necessidade de atendimento especial no momento da realização dos exames.

NOTA: O (A) candidato (a) inscrito (a) como Pessoa com Deficiência é obrigado (a) a, além deste documento, para a análise da comissão executora da seleção, encaminhar em anexo exames atualizados e anteriores que possuam que possam comprovar a Deficiência (laudo dos exames acompanhados da tela radiológica, escanometria, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Audiometria, Campimetria Digital Bilateral, estudo da acuidade visual com e sem correção, etc.).

Recife/PE, ____/____/____.