

**ANEXO VII**

**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** no Concurso Público concorrendo a uma vaga para o Cargo de \_\_\_\_\_, função de: \_\_\_\_\_ conforme Edital \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, fundamentado no exame clínico e nos termos da legislação em vigor (Lei Federal nº 3.298/1999), \_\_\_\_\_ (é / não é) pessoa com deficiência \_\_\_\_\_ (física/auditiva/visual) CID 10 \_\_\_\_\_, em razão dos seguintes argumentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diante disso, informo que será necessário:

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

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

( ) Deficiência auditiva: presença de intérprete de libras na sala onde será realizada a Prova Objetiva 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: disponibilização de 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 organizadora do Concurso, encaminhar em anexo exames atualizados e anteriores que possua 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, entre outros).

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ratifico as informações acima.**

Assinatura com Carimbo do Médico.