



### ANEXO III

## DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

#### Dados do médico:

Nome completo: \_\_\_\_\_

CRM / UF: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Declaro que o (a) Sr<sup>(a)</sup> \_\_\_\_\_, Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) como **Pessoa com Deficiência** na Seleção Simplificada, concorrendo a uma vaga para a função de \_\_\_\_\_, conforme PORTARIA CONJUNTA SAD/UPE nº \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2024, fundamentado no exame clínico e nos termos da legislação em vigor, (é / não é) portador (a) da Deficiência \_\_\_\_\_ (física/auditiva/visual/mental/múltipla) de CID 10 \_\_\_\_\_, em razão do seguinte quadro:

**NOTA:** O (A) candidato (a) inscrito (a) como Pessoa com Deficiência é obrigado (a) a, além deste documento, para a análise da comissão organizadora da seleção pública, 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, etc.).

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

**Ratifico as informações acima.**

Ass. c/ Carimbo do Médico

**Legislação de referência**