

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO  
SECRETARIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE  
SELEÇÃO PÚBLICA SIMPLIFICADA PARA PROFESSOR UNIVERSITÁRIO  
EDITAL Nº 02, DE 30 DE SETEMBRO DE 2011**

**ANEXO IX**

**DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA**

Dr.(ª) \_\_\_\_\_ CRM - PE: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_, fundamentado no Texto da Lei 7.853 DE 24/10/1989, Artigo 2º, Parágrafo Único, em seu inciso III, alíneas b, que diz: O empenho do poder público quanto ao surgimento e a manutenção de empregos inclusive de tempo parcial, destinados a pessoas portadoras de deficiência que não tenham acesso aos empregos comuns. A qual foi normatizada pelo Decreto 3.298/99 e que foi alterado pelo Decreto 5.296/04 que diz no seu **Artigo 4º**: É considerada pessoa portadora de deficiência Física a que se enquadra na seguinte categoria:

**Inciso I** – Deficiência Física: Alteração completa ou parcial de um ou mais segmento do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membro com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. (nova redação dada pelo Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 – DOU de 03/12/2004)

Declaro que o(a) Sr(ª) \_\_\_\_\_ Identidade nº \_\_\_\_\_

inscrito(a) na Seleção Pública Simplificada concorrendo a uma vaga de \_\_\_\_\_ como **Portador(a) de Deficiência Física**. Fundamentado no exame clínico que o(a) mesmo(a) apresenta e com base no previsto nos termos da Lei e nos Decreto 3.298 alterado pelo Decreto 5.296, **AFIRMO** que: O(A) candidato(a) **(É) (NÃO É)** portador(a) de Deficiência Física, cujo CID 10 da Deficiência é \_\_\_\_\_. Em razão do(a) mesmo(a) apresentar o seguinte quadro deficitário motor: \_\_\_\_\_ E que será necessário para acesso à sala onde será realizada a prova escrita \_\_\_\_\_, e em razão da paralisia nos membros superiores, **(SERÁ) (NÃO SERÁ)** necessário \_\_\_\_\_ para preencher o cartão de resposta da prova.

**NOTA: O(A) candidato(a) inscrito(a) como Deficiente Físico(a) é obrigado(a) a além deste documento para a análise da comissão organizadora da Seleção Pública Simplificada encaminhar em anexo exames atualizados que possa comprovar a Deficiência Física (laudo dos exames acompanhados da tela radiológica, escanometria, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, etc).**

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

**Ratifico as informações acima.**

Ass. c/ Carimbo do Médico Assistente