



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

ANEXO V - DECLARAÇÕES DE DEFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

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 com 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 com 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) no Processo Seletivo concorrendo a uma vaga de _____ como **Pessoa com 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)** Pessoa com Deficiência Física, cujo CID 10 da Deficiência é _____. Em razão do(a) mesmo(a) apresentar o seguinte quadro deficitário **motor:**

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

Recife, ____/____/____

Ratifico as informações acima.

Ass. c/ Carimbo do Médico Assistente



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA

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 com deficiência que não tenham acesso aos empregos comuns. A qual foi normatizada pelo Decreto 3.298/99 alterado pelo Decreto 5.296/04 que diz no seu **Artigo 4º**: É considerada pessoa com deficiência Auditiva a que se enquadra nas seguintes categorias:

Inciso II – Deficiência Auditiva: Perdas bilaterais, parciais ou totais, de quarenta e um decibéis(db) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.

- a) de 25 a 40 db – surdez leve; b) de 41 a 55 db – surdez moderada;
- c) de 56 a 70 db – surdez acentuada; d) de 71 a 90 db – surdez severa;
- e) acima de 91 db – surdez profunda; f) anacusia.

Declaro que o(a) Sr(ª) _____ Identidade Nº _____ inscrito(a) no Processo Seletivo concorrendo a uma vaga de _____ como **Pessoa com Deficiência AUDITIVA**. Fundamentado no exame clínico que o(a) mesmo(a) apresenta e com base no previsto nos termos da Lei e no Decreto 3.298 alterado pelo Decreto 5.296, **AFIRMO** que: o(a) candidato(a) **(É) (NÃO É)** Pessoa com Deficiência Auditiva, cujo CID 10 da Deficiência é _____. Em razão do(a) mesmo(a) apresentar surdez bilateral em nível de acentuada a profunda ou anacusia, conforme demonstrado na audiometria tonal e vocal datada de ___/___/___ em anexo.

NOTA: O(A) candidato(a) inscrito(a) como Deficiente Auditivo(a) é obrigado(a) além deste documento para a análise da comissão organizadora do Processo Seletivo encaminhar em anexo Audiometria atualizada e Audiometrias anteriores que porventura possua, que possam comprovar a deficiência Auditiva Bilateral a partir de 56 db na frequência de 500 Hz e sua evolução, se for o caso.

Recife, ___/___/___

Ratifico as informações acima.

Ass. c/ Carimbo do Médico Assistente



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA VISUAL

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 com deficiência que **NÃO** tenham acesso aos empregos comuns. A qual foi normatizada pelo Decreto 3.298/99 alterado pelo Decreto 5.296/04 que diz no seu **Artigo 4º**: É considerada pessoa com deficiência Visual a que se enquadra nas seguintes categorias:

Inciso III – Deficiência Visual - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60 °; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. (nova redação dada pelo Decreto N° 5.296/04) e pela Súmula STJ 377/09 para os portadores de visão monocular.

Declaro que o(a) Sr(ª) _____ Identidade N° _____ inscrito(a) no Processo Seletivo concorrendo a uma vaga de _____ como **Pessoa com Deficiência VISUAL**. 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, e pela Súmula STJ 377/09. **AFIRMO** que: o(a) candidato(a) **(É) (NÃO É)** Pessoa com Deficiência Visual, cujo CID 10 da Deficiência é _____. Em razão do(a) mesmo(a) apresentar Cegueira bilateral ou Visão Monocular as custas do Olho _____, conforme a acuidade visual C/S correção e na Campimetria Digital Bilateral datada de ____/____/____ anexa.

NOTA: O(A) candidato(a) inscrito(a) como Deficiente Visual é obrigado(a) encaminhar além deste documento para a análise da comissão organizadora do Processo Seletivo anexar Campimetria Digital Bilateral atualizada e estudo da acuidade visual com e sem correção. Será considerado portador de Cegueira monocular “visão monocular” aquele que tenha acuidade visual igual ou inferior a 0,05 com a melhor correção, no olho afetado.

Recife, ____/____/____

Ratifico as informações acima.

Ass. c/ Carimbo do Médico Assistente