



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

ANEXO II – FICHA DE INSCRIÇÃO

1. DADOS PESSOAIS

NOME DO CANDIDATO

Grid for candidate name

Nº DO DOC. DE IDENTIDADE

Grid for ID number

ÓRGÃO EXP.

Grid for issuing authority

UF

Grid for state

SEXO

Sex selection boxes (F, M)

Nº DO CPF/CIC DO CANDIDATO

Grid for CPF/CIC number

ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA)

Grid for address

NÚMERO

Grid for number

APTO

Grid for apartment

BAIRRO

Grid for neighborhood

CEP

Grid for CEP

CIDADE

Grid for city

UF

Grid for state

TELEFONE

Grid for phone number

E- MAIL:

2. TITULAÇÃO DO CANDIDATO EM CURSOS DE:

GRADUAÇÃO:

ESPECIALIZAÇÃO/RESIDÊNCIA:

MESTRADO:

DOCTORADO:

3. CANDIDATO É PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA FORMA DA LEI? SIM ( ) NÃO ( ) Qual? \_\_\_\_\_

4. CANDIDATO CONCORRERÁ, NESTE CONCURSO, ÀS VAGAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA? SIM ( ) NÃO ( )

5. CANDIDATO SOLICITARÁ, NESTE CONCURSO, A ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO? SIM ( ) NÃO ( )

CASO RESPOSTA AFIRMATIVA, DECLARE O NÚMERO DO NIS \_\_\_\_\_

6. OPÇÃO DO CANDIDATO

UNIDADE DE EDUCAÇÃO: \_\_\_\_\_

ÁREA/SUBÁREA: \_\_\_\_\_

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis.

Local e Data

Assinatura do(a) Candidato(a)

CONCURSO PÚBLICO PARA DOCENTE-DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

PORTARIA CONJUNTA SAD/UPE Nº 097, DE 26 DE OUTUBRO DE 2017

COMPROVANTE DE ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO PARA INSCRIÇÃO

NOME DO CANDIDATO: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE EDUCAÇÃO: \_\_\_\_\_

ÁREA/SUBÁREA: \_\_\_\_\_

CARIMBO DA UNIDADE DE EDUCAÇÃO

Stamp box for the educational unit

Local e Data

Assinatura do Funcionário Responsável pela Inscrição



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**ANEXO III – DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_, Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CPF/MF nº \_\_\_\_\_, declaro, para fins de inscrição no Concurso Público para Docente da Universidade de Pernambuco – UPE, na área \_\_\_\_\_, que aceito, para todos os fins de direito, as normas regulamentadoras do referido Concurso, constantes na Portaria Conjunta SAD/UPE Nº 097, de 26 outubro de 2017.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)



## GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

### ANEXO VI - DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

#### DEFICIÊNCIA FÍSICA

Dr.(º) \_\_\_\_\_ 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 às 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, triparésia, 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 Concurso Público para Docente da UPE 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 do Concurso Público para Docente da UPE 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



## GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

### DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Dr.(<sup>o</sup>) \_\_\_\_\_ CRM - PE: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_, fundamentado no Texto da Lei 7.853 de 24/10/1989, Artigo 2º, Parágrafo Único, em seu inciso III, alínea 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 freqüências 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(<sup>o</sup>) \_\_\_\_\_ Identidade N° \_\_\_\_\_ inscrito(a) no Concurso Público 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. E que (SERÁ) (NÃO SERÁ) necessário a presença de um(a) leitor(a) de libras na sala onde será realizada a prova escrita, em razão da necessidade de comunicação do candidato para prestar os esclarecimentos necessários, uma vez que NÃO SERÁ permitido o uso de Prótese Auditiva durante a realização da Prova.

NOTA: O(A) candidato(a) inscrito(a) como Deficiente Auditivo(a) é obrigado(a) além de encaminhar este documento para a análise da comissão organizadora do concurso, anexar Audiometria atualizada e Audiometrias anteriores que porventura possua, que possam comprovar a deficiência Auditiva Bilateral, a partir de 56 db na freqüência 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

### DEFICIÊNCIA VISUAL

Dr.(<sup>o</sup>) \_\_\_\_\_ CRM - PE: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_, fundamentado no Texto da Lei 7.853 de 24/10/1989, Artigo 2º, Parágrafo Único, em seu inciso III, alínea 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 Nº 5.296/04) e pela Súmula STJ 377/09 para os portadores de visão monocular.

Declaro que o(a) Sr(<sup>o</sup>) \_\_\_\_\_ Identidade Nº \_\_\_\_\_ inscrito(a) no Concurso Público 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. E que (SERÁ) (NÃO SERÁ) necessário que a prova seja escrita em Braille ou com letra ampliada para corpo \_\_\_\_\_.

NOTA: O(A) candidato(a) inscrito(a) como Deficiente Visual é obrigado(a) além de encaminhar este documento para a análise da comissão organizadora do concurso, 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



## GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

### ANEXO VII - REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Nos termos do Concurso para Público para Docente da UPE constantes na Portaria Conjunta SAD/UPE nº 097, de 26 de Outubro de 2017, requeiro a isenção do pagamento da taxa de inscrição:

#### DADOS DO REQUERENTE:

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

Cargo Pretendido: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Número de Identificação Social (NIS) \_\_\_\_\_

Data de Expedição da Carteira de Identidade \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nome completo da mãe \_\_\_\_\_

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

**Observação:** Anexar declaração do órgão gestor ou outro documento comprobatório que atende às condições estabelecidas no item 1.6.2. deste Edital



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**ANEXO VIII – MODELO DE FORMULÁRIO PARA RECURSO**

À Comissão Coordenadora.

\_\_\_\_\_ [NOME], na condição de candidato(a) ao cargo  
de Professor Universitário \_\_\_\_\_, interponho recurso administrativo contra a decisão que  
\_\_\_\_\_, pelas seguintes razões:

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

CPF \_\_\_\_\_ Inscrição \_\_\_\_\_