



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 telephone

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 54, DE 15 junho DE 2015

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

NOME DO CANDIDATO: _____

UNIDADE DE EDUCAÇÃO: _____

ÁREA/SUBÁREA: _____

CARIMBO DA UNIDADE DE EDUCAÇÃO

_____, ____/____/____
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 54, de 15 de junho de 2015.

_____, _____ de _____ de 2015.

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 segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tri paresia, 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(^o) _____ 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.(ª) _____ 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 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 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 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

DEFICIÊNCIA VISUAL

Dr.(^o) _____ 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(^o) _____ 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 18, de 13 de MARÇO de 2015, 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) _____

Recife, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do Requerente



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
ANEXO VIII – 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 _____