



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

ANEXO III – MODELO DE FORMULÁRIO PARA RECURSOS

Modelo de formulário para a interposição de recurso contra o resultado preliminar da Avaliação Curricular

CAPA DE RECURSO

SOLICITAÇÃO: À Comissão Organizadora.

Como candidato a vaga de contrato temporário de () Nível Superior, solicito revisão:

Da pontuação da Avaliação do item _____

conforme especificações inclusas.

_____, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do Candidato

Nome: _____

Número de inscrição: _____

INSTRUÇÕES - O candidato deverá:

Entregar dois conjuntos idênticos de recursos (original e uma cópia), sendo que cada conjunto deverá ter todos os recursos e apenas uma capa.

Datilografar, digitar ou em letra de forma, com letra legível, o recurso e entregá-lo de acordo com as especificações estabelecidas neste Edital.

Usar formulário de recurso individual para cada item.

Identificar-se apenas nas capas de cada um dos conjuntos.

Apresentar argumentação lógica e consistente.

Atenção! O desrespeito a qualquer uma das instruções acima resultará no indeferimento do recurso.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

ANEXO V – MODELOS DE DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

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 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) no Processo Seletivo 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 necessidade _____ 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 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

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 portadoras de 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 portadora de 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 **Portador(a) de 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)** portador(a) de 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 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 deste documento para a análise da comissão organizadora do Processo Seletivo encaminhar em anexo Audiometria atualizada e Audiometrias anteriores que por ventura 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

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 portadoras de 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 portadora de 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(a) _____ Identidade Nº _____ inscrito(a) no Processo Seletivo concorrendo a uma vaga de _____ como **Portador(a) de 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)** portador(a) de 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) 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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

ANEXO VI – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO



Secretaria Executiva de Justiça e Direitos Humanos / Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos

SELEÇÃO PÚBLICA SIMPLIFICADA

I - FICHA DE INSCRIÇÃO

1. Nome do Candidato

Grid for name entry

2. Número doc. de Identidade

Grid for ID number

3. Órgão Expedidor

Grid for issuing organ

4. UF

Grid for state

5. Nascimento

Grid for birth date

6. Sexo*

Grid for sex

*F – Feminino / *M – Masculino

7. CPF

Grid for CPF

8. Endereço Permanente (rua/avenida, número)

Grid for permanent address

9. Bairro

Grid for neighborhood

10. Cidade

Grid for city

11. UF

Grid for state

12. CEP

Grid for CEP

13. Fone

Grid for phone

15. Profissão

Grid for profession

16. Conselho - OAB

Grid for OAB council

17. Área de Atuação

Table with 2 columns: CARGO/FUNÇÃO, empty space

DECLARAÇÃO

Declaro que, ao efetivar minha inscrição para o processo de SELEÇÃO PÚBLICA SIMPLIFICADA, realizado pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, tomei conhecimento das normas deste Processo Seletivo o qual concordo plenamente.

Recife, ____ de _____ de 2013

Assinatura

Comissão Executiva - Recortar aqui

RECIBO DE INSCRIÇÃO

NOME DO CANDIDATO: _____

NÚMERO DE INSCRIÇÃO: _____

Declaro que o candidato acima teve sua inscrição no processo de SELEÇÃO PÚBLICA SIMPLIFICADA, realizado pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos deferida.

TOTAL DE FOLHAS QUE ACOMPANHAM O CADERNO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS: _____

Visto (Comissão Executiva) _____



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

II – CAPA DO CADERNO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

NOME: _____
NÚMERO DE INSCRIÇÃO: _____

REQUERIMENTO

À Comissão Coordenadora,

Na condição de candidato à Função de ASSESSOR JURÍDICO da Seleção Pública Simplificada do PROCON-PE, solicito análise da documentação anexa, apresentada na seguinte ordem:

| Sequência de apresentação | Especificação dos Documentos | Quantidade de Folhas |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAL DE FOLHAS QUE COMPÕEM O CADERNO | | |

Declaro ter conhecimento que a avaliação curricular será realizada mediante análise dos documentos acima descritos e apresentados em anexo e que a falta de qualquer um deles importará na minha eliminação da seleção.

Recife, ____ / ____ /2013

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

ANEXO VIII – DECLARAÇÃO DE REALIZAÇÃO DA PROVA 2ª FASE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o candidato _____, Matrícula Nº _____, realizou a prova escrita da 2ª fase do concurso simplificado do PROCON no dia _____.

Recife, ____ de _____ de 2013.

FISCAL– Nome - matrícula