



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE

**DECLARAÇÃO PARA CONCORRER À VAGA RESERVADA À PESSOA COM
DEFICIÊNCIA E/OU COM NECESSIDADE ESPECÍFICA
(A SER ENTREGUE POR CANDIDATO NA INSCRIÇÃO)**

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo para o Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família regido pelo Edital da turma 06/PROFSAÚDE para a Universidade Federal de Sergipe.

Nome do Candidato:	
CPF:	RG:
E-mail:	Telefone:

Declaro que estou ciente de todas as exigências para concorrer à vaga destinada à Pessoa com Deficiência e/ou com Necessidade Específica e que estou apto(a) para a realização das atividades de campo e laboratoriais do curso, bem como, estou ciente de que se for detectada incongruência ou insuficiência da condição descrita no documento comprobatório, conforme estabelecido na Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, no art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296/04, no art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista), na Súmula nº 377 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), no enunciado AGU nº 45, de 14 de setembro de 2009, no decreto nº 7.611 de 17 de novembro de 2011, na Lei nº 14.254 de 30 de novembro de 2021, Lei nº 8.916 de 4 de novembro de 2021 que dispõe sobre a indeterminação de laudo e perícia médica para autistas e Lei nº 3.660, 17 de março de 2023 e Lei nº 14.626 de 19 de julho de 2023, serei excluído do processo seletivo e também estarei sujeito, a qualquer tempo, às medidas legais cabíveis.

Observações: O documento comprobatório deverá ser entregue junto com esta declaração e deverá estar de acordo com as instruções que constam no ANEXO III da resolução nº 19/2024/CONEPE. Este, também, deverá ser legível, sob pena de não ser considerado válido.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Candidato



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
(PROFSAÚDE)**

**INSTRUÇÕES AOS CANDIDATOS À VAGA RESERVADA À PESSOA
COM DEFICIÊNCIA E/OU COM NECESSIDADE ESPECÍFICA**

O Laudo ou relatório médico deverá ser entregue junto com a declaração para concorrer à vaga reservada ao PcD e/ou PNE e deverá conter:

1. Candidatos com Deficiência Física: - Laudo/relatório médico, que deverá ser ASSINADO POR UM MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA APRESENTADA, contendo na descrição clínica o tipo e grau da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID), bem como a provável causa da deficiência. Incluir também exame de imagem com laudo. Deve ainda conter o nome legível, carimbo, assinatura, especialização e CRM ou RMS do médico que forneceu o laudo.
2. Candidatos Surdos ou com Deficiência Auditiva: - Laudo/relatório médico, que deverá ser assinado por um MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA, contendo na descrição clínica o tipo e grau da perda auditiva, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID), bem como a provável causa da deficiência. Deve ainda conter o nome legível, carimbo, assinatura, especialização e CRM ou RMS do médico que forneceu o laudo. - Exame de Audiometria tonal e vocal, REALIZADO NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES, no qual conste o nome legível, carimbo, especialização, assinatura e número do conselho de classe do profissional que realizou o exame. A audiometria tonal e vocal apenas será aceita se acompanhada de laudo médico.
3. Candidatos Cegos ou com Baixa Visão: - Laudo/relatório médico, que deverá ser ASSINADO POR UM MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA Nome do Candidato: CPF: RG: E-mail: Telefone: APRESENTADA, contendo na descrição clínica o tipo e grau da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID), bem como a provável causa da deficiência. Deve ainda conter o nome legível, carimbo, assinatura, especialização e CRM ou RMS do médico que forneceu o laudo. - Exame Oftalmológico, REALIZADO NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES, em que conste a acuidade visual e a medida do campo visual nos casos que forem pertinentes. Deve conter ainda o nome legível, carimbo, especialização, assinatura e CRM ou RMS do profissional que realizou o exame.