



## SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

### EDITAL Nº 001/2023 ANEXO VIII

#### DECLARAÇÃO PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade de número \_\_\_\_\_, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob o número \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, Cidade de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, candidato ao Processo Seletivo Simplificado para preenchimento de vagas no quadro de pessoal da Prefeitura Municipal de São Simão, Estado de Goiás, declaro **ser portador de deficiência**.

Nessa ocasião, apresento o laudo médico com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

<b>TIPO DE DEFICIÊNCIA:</b>
<b>CÓDIGO CORRESPONDENTE DA CID:</b>
<b>NOME E CRM DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO LAUDO:</b>

Por fim, declaro que as informações acima são verídicas.

São Simão, Estado de Goiás.  
Aos \_\_\_\_\_ dias, do mês de \_\_\_\_\_, do ano de 2024.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO

#### INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Anexar a esta declaração, o laudo médico atestando a espécie e o grau ou o nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

#### OBSERVAÇÃO

*Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres. Ao assinar este requerimento, o candidato declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto 5.296 de 02 de dezembro de 2004, publicado no Diário Oficial da União de 03 de dezembro de 2004, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.*