

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

REQUERIMENTO DE VAGA POR COTA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)

O(A) candidato(a) \_\_\_\_\_, portador do n.º CPF \_\_\_\_\_, que concorre à Chamada Pública 16/2014 do Programa de Bolsas de Estudos e Permanência Universitária vem requerer vaga especial como PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Nessa ocasião, o (a) referido candidato (a) apresentou o LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência que é portador:\_\_\_\_\_.

Código correspondente da (CID):\_\_\_\_\_.

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

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 (a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto n.º5.296, de 2 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.

Nº da inscrição:\_\_\_\_\_

Fortaleza-CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato (a)

ATENÇÃO: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER IMPRESSO E ENVIADO JUNTAMENTE COM O ATESTADO MÉDICO, CONFORME PREVISTO NA CHAMADA PÚBLICA.