**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE CARGO OU FUNÇÃO PÚBLICA**

Eu Vanderleia Oliveira de Jesus ,Carteira de Identidade nº

1460287401 , CPF nº 05422829506 , residente e domiciliado(a) na(o)

(Rua Maria Bueno Monteiro , Quadra 10 Lote 276 Loteamento Solar Monte Sião), declaro par aos devidos fins de comprovação que:

(X ) Não exerço nenhum outro cargo ou função pública municipal, estadual e federal.

( ) Exerço outro cargo ou função pública municipal, estadual e federal, qual seja:

.

Declaro que as informações acima são verídicas.

Rio Verde 06 de Março de 2021

.

Vanderleia Oliveira de Jesus

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO ATESTANDO O NÃO RECEBIMENTO DE PUNIÇÃO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO**

Eu ,Vanderleia Oliveira de Jesus , Carteira de Identidade nº 1460287401 , CPF nº

05422829506 , DECLARO para os fins que se fizerem necessários, que não fui penalizado por meio de Processo Administrativo Disciplinar, tampouco

recebi pena de cassação de aposentadoria ou disponibilidade nos últimos 5 (cinco) anos;

Declaro que as informações acima são verídicas.

Rio Verde 06 de Março de 2021

.

Vanderleia Oliveira de Jesus

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO ATESTANDO NÃO SER APOSENTADO POR INVALIDEZ**

Eu, Vanderleia Olievira de Jesus , Carteira de Identidade nº 1460287401 , CPF nº

05422829506, DECLARO para os fins que se fizerem necessários, que não sou aposentado por invalidez, nem estou com idade de aposentadoria

compulsória, nos termos do Art. 40, Inciso II, da Constituição Federal.

Declaro que as informações acima são verídicas.

Rio Verde 06 de Março de 2021

.

Vanderleia Oliveira de Jesus

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO ATESTANDO POSSSUIR OS CONHECIMENTOS E REQUISITOS ESPECÍFICOS DA FUNÇÃO**

Eu, Vanderleia Olievira de Jesus , Carteira de Identidade nº 1460287401 , CPF nº

05422829506 , DECLARO para os fins que se fizerem necessários, que possuo todos os requisitos e conhecimentos exigidos para a Função de

Suporte e Higienização à qual concorro no presente certame.

Declaro que as informações acima são verídicas.

Rio Verde 06 de Março de 2021

.

Vanderleia Oliveira de Jesus

**ANEXO VII DECLARAÇÃO DE ESCOLARIDADE**

**(Apenas para as Funções em que se exige Ensino Fundamental Incompleto, quando não possível a comprovação por documento oficial de escolaridade)**

Eu, (nome do candidato) , Carteira de Identidade nº , CPF nº

, DECLARO para os fins que se fizerem necessários, que iniciei o Ensino Fundamental até a ª série/ano, tendo sido alfabetizado,

entretanto, sem sua conclusão.

Declaro que as informações acima são verídicas.

Local e Data

Nome completo e Assinatura

**ANEXO VIII**

**A)**

**DECLARAÇÃO DE RECOMENDAÇÃO PROFISSIONAL PRESTADA NA ATIVIDADE PRIVADA**

Declaramos para os devidos fins de comprovação, que

(NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL), Carteira de

Identidade nº , CPF nº , adquiriu experiência profissional no período de de de (DATA DE INÍCIO) a de de (DATA DE SAÍDA), tendo desenvolvido atividades de

(DESCREVER AS ATIVIDADES, FUNÇÕES DESEMPENHADAS PELO PROFISSIONAL).

Declaro que as informações acima são verídicas.

Local e Data

Nome completo e Assinatura do responsável pelas informações e carimbo do CNPJ

da Empresa empregadora

**B)**

**DECLARAÇÃO DE RECOMENDAÇÃO PROFISSIONAL PRESTADA NA ATIVIDADE PÚBLICA**

Declaramos para os devidos fins de comprovação, que

(NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL), Carteira de

Identidade nº , CPF nº , ocupa o cargo de

, no período de de de (DATA DE INÍCIO) a de de (DATA DE SAÍDA), executando as funções de

(DESCREVER AS ATIVIDADES, FUNÇÕES DESEMPENHADAS PELO PROFISSIONAL).

Declaro que as informações acima são verídicas.

Local e Data

Nome completo e Assinatura do responsável pelas informações e carimbo do CNPJ

da Empresa empregadora

**ANEXO IX**

**DECLARAÇÃO PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA**

(NOME COMPLETO), Carteira de Identidade nº

, CPF nº , residente e domiciliado(a) na(o)

(ENDEREÇO COMPLETO), Candidato(a) ao Processo Seletivo Simplificado para preenchimento de vagas no quadro de pessoal da Secretaria Municipal de Educação de Rio Verde - GO, declaro ser PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Apresento 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: . 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 congéneres. Ao assinar este requerimento, o(a) Candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto n° 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.

Declaro que as informações acima são verídicas.

Local e Data

Nome completo e Assinatura do Candidato

**ANEXO X**

**MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Atenção: Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos, conforme o Edital. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao Candidato.

(NOME COMPLETO), Carteira de Identidade nº

, CPF nº , residente e domiciliado(a) na(o)

(ENDEREÇO COMPLETO), telefone nº , Candidato(a) ao Processo Seletivo Simplificado para preenchimento de vagas no quadro de pessoal Secretaria Municipal de Educação de Rio Verde - GO, Edital nº 004/2021, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n° 3.298 de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores.

Assinale ou circule, a seguir, o tipo de deficiência do Candidato:

* – DEFICIÊNCIA FÍSICA\*

( ) Paraplegia ( ) Paraparesia

( ) Monoplegia ( ) Monoparesia ( ) Tetraplegia

( ) Tetraparesia ( ) Triplegia

( ) Triparesia

( ) Hemiplegia ( ) Hemiparesia

( ) Amputação ou Ausência de Membro ( ) Paralisia Cerebral

( ) Membros com Deformidade Congênita ou Adquirida ( ) Ostomias

( ) Nanismo

\*Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

* – DEFICIÊNCIA AUDITIVA\*:

( ) Bilateral ( ) Parcial

( ) Total

Perda de decibéis (dB) aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;

\* Para os Candidatos com deficiência auditiva, o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado até 3 (três) meses anteriores ao último dia das inscrições, acompanhado do relatório do otorrinolaringologista informando se a perda auditiva do Candidato é passível de alguma melhora com uso de prótese. Nos casos em que o relatório do otorrinolaringologista informar melhora da audição com o uso de prótese, o Candidato deverá apresentar também exame de audiometria com o uso de prótese, realizado até 3 (três) meses anteriores ao último dia das inscrições, e ainda, de modo a comprovar a perda decibelimétrica anteriormente apontada.

* – DEFICIÊNCIA VISUAL\*:

( ) Cegueira: quando não há percepção de luz ou quando a acuidade visual central é inferior a 20/400P (0,05WHO), ou ainda quando o campo visual é igual ou inferior a 10 graus, após a melhor correção, quando possível;

( ) Baixa visão: quando a acuidade visual é igual ou inferior a 20/70P (0,3 WHO), após a melhor correção;

( ) Campo visual: quando em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°; ( ) Visão monocular;

( ) A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.

\* Para os Candidatos com deficiência visual, o laudo deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

* – DEFICIÊNCIA MENTAL: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

( ) Comunicação

( ) Cuidado pessoal

( ) Habilidades acadêmicas ( ) Habilidades sociais

( ) Lazer

( ) Saúde e segurança ( ) Trabalho

( ) Utilização dos recursos da comunidade

* – DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

* CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

* DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA (o médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

VIII - TEMPO ADICIONAL (se, em razão da deficiência, o Candidato necessitar de tempo adicional para fazer a prova, o especialista da área de sua deficiência deverá expressar claramente abaixo essa informação com a respectiva justificativa):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Declaro que as informações acima são verídicas.

Local e Data

Nome completo, assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a) ou anexar laudo médico específico original atualizado)

Nome completo e Assinatura do Candidato