

AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____,
detentor(a) do Documento de Identidade Nº _____, CPF _____
candidato(a) ao Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação em _____ da
Universidade Federal de Minas Gerais, curso _____,
Modalidade de Vaga Reservada, com base no Artigo 4º do DECRETO Nº 3.298/1999 e suas
alterações e na súmula nº 377 – STJ de 22 de abril de 2009 e Lei 12.764/2012 declaro ter:

- Deficiência Auditiva
- Deficiência Física
- Deficiência Mental
- Deficiências Múltiplas
- Deficiência Visual
- Transtorno Espectro Autista

Anexo a esta declaração, relatório médico que descreve **DETALHADAMENTE** as minhas condições de saúde, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID-10).

Afirmo serem verdadeiras as informações prestadas e confirmo estar ciente de que:

1. A prestação de informações falsas ou a apresentação de documentação inidônea pelo estudante, apurada posteriormente à matrícula, em procedimento que lhe assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o seu cancelamento, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis." (BRASIL, Ministério da Educação, Portaria Normativa nº 21, de 5 de novembro de 2012, art. 35);
2. Que o enquadramento como pessoa com deficiência é prerrogativa da perícia médica oficial.

Nestes termos, peço deferimento.

Local e data: _____ de _____ de 201 ____

Assinatura do(a) candidato(a) ou do responsável

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A
REALIZAÇÃO DA PROVA****IDENTIFICAÇÃO DO(A) SOLICITANTE:**

Eu, _____
detentor(a) do Documento de Identidade Nº _____, do CPF _____,
candidato(a) ao Processo Seletivo _____
da Universidade Federal de Minas Gerais, curso _____,

- Solicito condições especiais para a realização da prova.
 Não necessito de condições especiais para a realização das provas.

JUSTIFICATIVA (preencher somente em caso de solicitação):**CONDIÇÕES SOLICITADAS**

- Prova em Braille
 Prova ampliada para fonte tamanho 18
 Prova superampliada para fonte tamanho 24
 Tradutor-intérprete de LIBRAS
 Auxílio leitor
 Auxílio transcritor
 Mobiliário acessível
 Sala de fácil acesso
 Tempo adicional para a realização da prova. Tempo necessário (até 60 minutos): _____
 Outra: _____

Nestes termos, peço deferimento.

Local e data: _____, _____, _____ de 20__

Assinatura do(a) candidato(a) ou do responsável

MANIFESTAÇÃO DO ÓRGÃO RESPONSÁVEL NA UFMG

_____, _____, _____ de 20____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

CARIMBO

MODELO DE RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO A VAGA RESERVADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome _____
CPF _____ Sexo: Masculino Feminino Nascimento ____/____/____
Identidade _____ Órgão Emissor _____ UF _____
Filiação _____

2. DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE FÍSICA E/OU MENTAL

História Clínica

Exame físico detalhado

Código Internacional de Doenças – CID-10: _____
(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

Exame oftalmológico (se for o caso)

Acuidade visual	Sem correção	Com correção
Olho direito		
Olho esquerdo		

Somatório da medida do campo visual em ambos os olhos: _____

Exame otorrinolaringológico (se for o caso)

Acuidade auditiva (Hz):	500	1000	2000	3000
Orelha direita				
Orelha esquerda				

Apresentar, juntamente com este relatório, os seguintes exames para comprovação da deficiência:

- **Deficiência Auditiva:** exame de audiometria;
- **Deficiência Visual:** exame oftalmológico;
- **Deficiência Física:** exames de imagem ou outros que corroborem para o diagnóstico;
- **Deficiências Mental/espectro autista:** outros que corroborem para o diagnóstico;
- **Deficiências Múltiplas:** exames que corroborem para o diagnóstico, conforme as áreas afetadas.

_____, _____ de _____ de 201_____

Nome do Médico: _____

Especialidade: _____

Assinatura

Carimbo e Registro CRM

Todas as páginas deste relatório médico deverão ser rubricadas e carimbadas pelo médico responsável e não poderá conter rasuras.