



Universidade Federal
de São João del-Rei

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
COMISSÃO PERMANENTE DE VESTIBULAR

ANEXO II (Frente)

DECLARAÇÃO DE CONSTATAÇÃO DE DEFICIÊNCIA (a ser preenchido pelo candidato)

DADOS DO(A) CANDIDATO(A)			
Nome completo do(a) candidato(a):			
Documento de Identidade:		CPF:	
DADOS DO CURSO DE INSCRIÇÃO			
Processo Seletivo:	Ano:	Semestre:	Chamada:
Curso para o qual se inscreveu:			Turno:
Campus:			
Tipo de vaga que está concorrendo: () AF1A2/L9 () AF1B2/L10 () AF2A2/L13 () AF2B2/L14			
AF1A2/L9= Candidatos com deficiência oriundos de família com renda bruta mensal <i>per capita</i> igual ou inferior a 1,5 salário mínimo que tenham cursado integralmente e concluído todas as séries e disciplinas do ensino médio em escolas públicas brasileiras.			
AF1B2/L10= Candidatos com deficiência autodeclarados pretos, pardos ou indígenas oriundos de família com renda bruta mensal <i>per capita</i> igual ou inferior a 1,5 salário mínimo que tenham cursado integralmente e concluído todas as séries e disciplinas do ensino médio em escolas públicas brasileiras.			
AF2A2/L13= Candidatos com deficiência oriundos de família com renda bruta mensal <i>per capita</i> superior a 1,5 salário mínimo que tenham cursado integralmente e concluído todas as séries e disciplinas do ensino médio em escolas públicas brasileiras.			
AF2B2/L14= Candidatos com deficiência autodeclarados pretos, pardos ou indígenas oriundos de família com renda bruta mensal <i>per capita</i> superior a 1,5 salário mínimo que tenham cursado integralmente e concluído todas as séries e disciplinas do ensino médio em escolas públicas brasileiras.			

O(A) candidato(a) acima identificado(a) DECLARA ser portador(a) de deficiência, nos termos do Decreto 3.298/1999, com as alterações introduzidas pelo Decreto 5.296/2004, combinado com o enunciado da Súmula nº 377, do Superior Tribunal de Justiça - STJ, solicita sua inscrição dentro dos critérios assegurados ao portador de deficiência, conforme determinado no Edital. Declara ainda estar ciente de que:

- 1) É necessário enviar a **documentação original** que comprova a deficiência (ex.: RX com laudo de amputação ou ausência de membro, audiograma evidenciando a perda auditiva, etc.). Tais documentos deverão ser expedidos no máximo há **90 (noventa) dias** antes da matrícula, sob pena de perda da vaga.
- 2) Poderá ser submetido a perícia médica oficial da UFSJ, a critério da instituição, em qualquer momento da sua vida acadêmica.

Assinatura do Candidato

Laudo de avaliação para caracterização da deficiência (a ser preenchido pelo médico)

Atesto, para fins de caracterização da deficiência, que o(a) requerente acima identificado(a) é portador(a) da deficiência abaixo assinalada.

Caráter da deficiência: () Provisória () Permanente

CID 10 _____

Descrição detalhada da deficiência:

- 1) Descrever a causa da deficiência e cuidados médicos prévios, com relato cronológico do início e evolução dos sintomas da doença ou da incapacidade, incluindo localização, qualidade, intensidade, cenário, fatores agravantes ou atenuantes, sintomas associados e pontos pertinentes.
- 2) Informações sobre diagnósticos prévios, tratamento e evolução da patologia.

(IMPRIMIR FRENTE E VERSO NA MESMA FOLHA)

ANEXO II (Verso) - Laudo de avaliação para caracterização da deficiência (continuação)

<p>A) Deficiência Física: Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de</p> <p><input type="checkbox"/> paraplegia, <input type="checkbox"/> paraparesia, <input type="checkbox"/> monoplegia <input type="checkbox"/> monoparesia, <input type="checkbox"/> tetraplegia, <input type="checkbox"/> tetraparesia, <input type="checkbox"/> triplegia, <input type="checkbox"/> triparesia, <input type="checkbox"/> hemiplegia, <input type="checkbox"/> hemiparesia, <input type="checkbox"/> ostomia, <input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro, <input type="checkbox"/> paralisia cerebral, <input type="checkbox"/> nanismo, <input type="checkbox"/> membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</p>								
<p>B) Deficiência Auditiva: <input type="checkbox"/> perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000H.</p>								
<p>C) Deficiência Visual: <input type="checkbox"/> cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; <input type="checkbox"/> a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; <input type="checkbox"/> os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. <input type="checkbox"/> visão monocular (Súmula 377, do Supremo Tribunal de Justiça - STJ)</p>								
<p>D) Deficiência Mental: Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> comunicação;</td><td><input type="checkbox"/> saúde e segurança;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> cuidado pessoal;</td><td><input type="checkbox"/> habilidades acadêmicas;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> habilidades sociais;</td><td><input type="checkbox"/> lazer;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> utilização dos recursos da comunidade;</td><td><input type="checkbox"/> trabalho.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> comunicação;	<input type="checkbox"/> saúde e segurança;	<input type="checkbox"/> cuidado pessoal;	<input type="checkbox"/> habilidades acadêmicas;	<input type="checkbox"/> habilidades sociais;	<input type="checkbox"/> lazer;	<input type="checkbox"/> utilização dos recursos da comunidade;	<input type="checkbox"/> trabalho.
<input type="checkbox"/> comunicação;	<input type="checkbox"/> saúde e segurança;							
<input type="checkbox"/> cuidado pessoal;	<input type="checkbox"/> habilidades acadêmicas;							
<input type="checkbox"/> habilidades sociais;	<input type="checkbox"/> lazer;							
<input type="checkbox"/> utilização dos recursos da comunidade;	<input type="checkbox"/> trabalho.							

Nome completo do médico: _____

CRM: _____ Estado: _____
Assinatura do médico e carimbo

Nome completo do médico: _____

CRM: _____ Estado: _____
Assinatura do médico e carimbo

(Deverá constar o nome legível, carimbo, assinatura e CRM dos médicos responsáveis pelo preenchimento do formulário, com firmas reconhecidas em cartório)
É **obrigatória** a assinatura dos dois médicos responsáveis pelo preenchimento do formulário.

(IMPRIMIR FRENTE E VERSO NA MESMA FOLHA)