**ATESTADO DE DEFICIÊNCIA E/OU INVALIDEZ PERMANENTE**

 Considera-se DEFICIÊNCIA e/ou INVALIDEZ PERMENENTE, aquelas previstas no Decreto n. 5296/04 de 02 de dezembro de 2004.

 **Eu, Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** declaro, a requerimento da parte interessada e para os fins previstos em Edital de Seleção Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para recebimento de Bolsa de Estudos que o **acadêmico(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** matriculado(a) na \_\_\_\_\_fase do curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ regularmente da Universidade do Contestado – UnC – Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **é portador(a) de deficiência ou invalidez permanente, conforme especifico e esclareço abaixo:**

**Deficiência Física**

 Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Paraplegia | Paraparesia | Monoplegia | Monoparesia | Tetraplegia | Tetraparesia | Triplegia | Triparesia | Hemiplegia | Hemiparesia |
| Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) |

Função física, apresentando-se sob a forma de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Deficiência Auditiva**

**Perda bilateral, parcial ou total, de:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, 3.000Hz. | Sim ( )Quantos decibéis?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | NÃO POSSUI DEFICIÊNCIA AUDITIVA ( ) |

**Deficiência Visual**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica | Baixa visão, que significa acuidade visual entre0,3 e 0,5 no melhor olho,com a melhor correção óptica | Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos forigual ou menor que 60º | Ocorrência simultâneade quaisquer das condições anteriores | NÃO POSSUI DEFICIÊNCIA VISUAL |
| Sim ( )Com acuidade de:\_\_ | Sim ( )Com acuidade de:\_\_ | Sim ( )Com acuidade de:\_\_ | Sim ( )Com acuidade de:\_\_ | ( ) |

**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:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Comunicação | Cuidado pessoal | Habilidades sociais | Utilização dos recursos da comunidade | Saúde e segurança | Habilidadesacadêmicas | Lazer | Trabalho |
| Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) | Sim ( ) |
| Associação de duas ou mais deficiências Sim ( ) | NÃO POSSUI DEFICIÊNCIA MENTAL ( ) |

**Deficiência Múltipla**

|  |  |
| --- | --- |
| Associação de duas ou mais deficiências Sim ( ) | NÃO POSSUI DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA ( ) |

Esclarecimentos Médicos (CID):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do(a) médico(a) Assinatura do(a) acadêmico(a)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

***Este documento deve ser entregue juntamente com Exames e Laudos Médicos***