



**ANEXO IX – FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE LAUDO MÉDICO
PROCESSO SELETIVO VESTIBULAR (PSV-UFGD/2019) OU SISTEMA DE SELEÇÃO
UNIFICADA (SiSU-UFGD/2019)**

Obrigatório para quem optar pelo preenchimento de vagas reservadas às Pessoa com Deficiência

Nome do candidato: _____

Telefone(s): _____

E-mail: _____

Curso: _____ Turno: _____

() **I - 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 paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

() **II - 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 e 3.000HZ;

() **III - Deficiência visual** - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; visão monocular – cegueira em um olho ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

() **IV - 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: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização dos recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; e h) trabalho;

() **V - Deficiência múltipla** – associação de duas ou mais deficiências.

Deve ser anexado laudo psicológico e/ou médico, conforme Anexo I deste edital, que comprove a deficiência assinalada acima.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, sob penas previstas em Lei, neste documento e no Edital nº _____.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do candidato ou responsável

Para uso exclusivo da Comissão de Verificação de Documentos da Condição de Pessoa com Deficiência.

() Atestamos que os documentos apresentados pelo candidato são ADEQUADOS à comprovação das condições necessárias para a ocupação de vaga reservada à Pessoa com Deficiência (PcD) e somos pelo DEFERIMENTO da matrícula.

() Atestamos que os documentos apresentados pelo candidato são INADEQUADOS à comprovação das condições necessárias para a ocupação de vaga reservada à Pessoa com Deficiência (PcD) e somos pelo INDEFERIMENTO da matrícula.

Nome e assinatura do servidor responsável membro da comissão.