

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

Considera-se DEFICIÊNCIA e/ou INVALIDEZ PERMANENTE, 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, para recebimento de Bolsa de Estudos, que candidato \_\_\_\_\_, curso \_\_\_\_\_ do Centro Universitário Barriga Verde – Unibave, possui deficiência ou invalidez permanente, conforme especificado 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?	<b>NÃO POSSUI DEFICIÊNCIA AUDITIVA ( )</b>
--	---------------------------	--

**Deficiência Visual**

Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica	Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 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 for igual ou menor que 60°	Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores	<b>NÃO POSSUI DEFICIÊNCIA VISUAL</b>
Sim ( ) Com acuidade de:	Sim ( ) Com acuidade de:	Sim ( ) Campo visual de:	Sim ( )	( )

**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	Habilidades acadêmicas	Lazer	Trabalho
Sim ( )	Sim ( )	Sim ( )	Sim ( )	Sim ( )	Sim ( )	Sim ( )	Sim ( )
Associação de duas ou mais deficiências Sim ( )			<b>NÃO POSSUI DEFICIÊNCIA MENTAL ( )</b>				

**Deficiência Múltipla**

Associação de duas ou mais deficiências Sim ( )	<b>NÃO POSSUI DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA ( )</b>
---	--

**Esclarecimentos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e assinatura do(a) médico(a)**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) candidato(a)**

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