

ANEXO II

ATESTADO DE DEFICIENCIA E/OU INVALIDEZ PERMANENTE

Considera-se DEFICIENCIA 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, acadêmico(a) _____ regularmente matriculado(a) na _____ fase do curso de _____ do Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, **é portador(a) de deficiência ou invalidez permanente, conforme específico 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 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	NÃO POSSUI DEFICIÊNCIA VISUAL
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 ()				NÃO POSSUI DEFICIÊNCIA MENTAL ()			

Deficiência Múltipla

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

Esclarecimentos: _____

Carimbo e assinatura do(a) médico(a)

Assinatura do(a) acadêmico(a)

____/____/____.