



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL CATARINENSE

**FORMULÁRIO PARA REALIZAÇÃO DE MATRÍCULA DE CANDIDATO  
APROVADO PELA AÇÃO AFIRMATIVA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Este formulário é documento requerido para comprovação da condição de Pessoa com Deficiência do candidato aprovado para realizar sua matrícula no Instituto Federal Catarinense na Ação Afirmativa (cota) de Pessoa com Deficiência.

Nome Completo:	
RG:	CPF:

Atesto, para os devidos fins, que o candidato apresenta a(s) deficiência(s), de acordo com o estabelecido no Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999; Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 e Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012:

<input type="checkbox"/>	Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	Deficiência Auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiogramas nas frequências de 500 Hz, 1.000Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.
<input type="checkbox"/>	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 0,05 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°, ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
<input type="checkbox"/>	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: 1. comunicação; 2. cuidado pessoal; 3. habilidades sociais;



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL CATARINENSE

	4. utilização dos recursos da comunidade; 5. saúde e segurança; 6. habilidades acadêmicas; 7. lazer; e 8. trabalho.
<input type="checkbox"/>	Deficiência Múltipla – associação de duas ou mais deficiências
<input type="checkbox"/>	<b>O candidato não se enquadra em nenhuma deficiência supracitada.</b>

**CID (Classificação Internacional de Doenças) apresentada pelo candidato:**

**Demais considerações que o médico considerar pertinentes:**

\*Caso não seja preenchido, favor inutilizar este espaço.

Local:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Espaço destinado para assinatura e carimbo constando o CRM do Médico.

**Para uso exclusivo do campus:**

**Campus:**

Curso no qual o candidato se inscreveu:	<input type="checkbox"/> Técnico Integrado ao Ensino Médio <input type="checkbox"/> Técnico Subsequente ao Ensino Médio <input type="checkbox"/> Graduação
---	--