

ANEXO VII

PROCESSO SELETIVO 2025/1

AUTODECLARAÇÃO
(para Estudantes com Deficiência)

Nome do Candidato:	
Documento de Identidade (número / órgão expedidor / UF):	
Telefone fixo: () _____	Celular: () _____

De acordo com a legislação, declaro ser Pessoa com Deficiência por apresentar a(s) seguinte(s) condição(ões) abaixo indicada(s):

<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA FÍSICA: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física.
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA AUDITIVA: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (41 dB) ou mais, aferida pela média aritmética no audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA VISUAL: cegueira; baixa visão; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; visão monocular; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA MENTAL: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas.
<input type="checkbox"/>	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: é aquela pessoa com síndrome clínica caracterizada na forma descrita no subitem 4.14.1 deste Edital.
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências.

OBS: É obrigatória a entrega do laudo médico para comprovação da deficiência.

Declaro que desejo me matricular no semestre 2025/1 na Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT, na vaga destinada ao sistema de reserva de vagas para candidatos com deficiência. Declaro estar ciente que informações prestadas e que não correspondam à verdade dos fatos implicarão no cancelamento da matrícula e instauração do correspondente processo, conforme o artigo 299 do Código Penal. Declaro, por fim, conhecer e aceitar todas as regras estabelecidas no Edital, bem como, da Resolução nº 046/2023 - CONEPE.

Por fim, declaro concordar com a divulgação de minha condição de optante pelo sistema de reserva de vagas para Estudantes com Deficiência.

Local e Data: _____/_____/____/____.

Assinatura do Candidato