# ANEXO V

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARTES**

**MESTRADO PROFISSIONAL – PPGARTES**

**CARTA DE AUTODECLARAÇÃO**

**CANDIDATO/A COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo-assinado, nacionalidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido/a em\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente e domiciliado/a na (rua, avenida, número, CEP)-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador/a da cédula de identidade (RG) nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, e do número de CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO que sou pessoa com deficiência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [especificar deficiência], conforme Laudo Médico\*.

Declaro que estou ciente que, para finalidade de concorrência pelo sistema de cotas da Unespar, em conformidade com o Artigo 3º da Resolução nº 001/2019 do Conselho Universitário da Unespar, considera-se pessoa com deficiência aquela que assim se declare e se enquadre nas categorias discriminadas no Decreto Federal nº 3.298/1999, em seus artigos 3º e 4º, esse último com a redação dada pelo Decreto nº 5.296/2004 e pela Lei nº 13.146/2015 em seu artigo 2º e, em conformidade com a Lei 12.764/2012, a pessoa com Transtorno do Espectro Autista é considerada Pessoa com Deficiência. Declaro também estar ciente que se for comprovada falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, bem como a classificação será tornada sem efeito, o que implicará em cancelamento da opção para as vagas direcionadas às ações afirmativas, além de perder o direito à vaga.

**Data:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do/a candidato/a

# ANEXO Va

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARTES**

**MESTRADO PROFISSIONAL – PPGARTES**

**LAUDO MÉDICO PARA COMPROVAÇÃO DA CONDIÇÃO DE PESSOACOMDEFICIÊNCIA PARA INGRESSO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃODAUNESPAR**

Nome do(a) candidato(a):

Cédula de Identidade-RG nº:

CPF nº:

Nome do(a) Médico(a):

Especialista:

CRM:

**Laudo Médico (Restrito ao/à Médico/a)**

Declaro para os devidos fins e a pedido do(a) candidato(a) interessado(a) em ingressar no Programa de Pós-Graduação em Artes – Mestrado Profissional, ofertado pela Universidade Estadual do Paraná por meio de reserva de vagas para pessoas com deficiência, que o(a) requerente apresenta a deficiência abaixo assinalada:

**( ) 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.

**Código Internacional de Doenças - CID - 10:**

**Provável causa da Deficiência:**

**Descrição Clínica da Deficiência Física e das funções prejudicadas:**

**( ) Deficiência Auditiva** - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (41dB) ou mais, aferida pela média aritmética no audiograma nas frequências de500Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

**Código Internacional de Doenças - CID - 10:**

**Provável causa da Deficiência:**

**Descrição do Resultado de Audiometria:**

Nome do(a) Profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. de Registro profissional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de realização da audiometria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**( ) Deficiência Visua**l - 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 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

**Código Internacional de Doenças - CID - 10:**

**Provável causa da Deficiência:**

**Resultado da Acuidade Visual Bilateral (com a melhor correção óptica) em 20/xxx:**

Olho direito:

Olho esquerdo:

Descrição do Resultado de Campimetria:

Nome do(a) Profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. de Registro profissional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de realização da Campimetria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**( ) Deficiência Mental/Intelectual-** 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; e trabalho.

**Código Internacional de Doenças - CID - 10:**

**Provável causa da Deficiência:**

**A deficiência se manifestou antes dos 18 anos? ( ) sim ( ) não**

**Descrição clínica detalhada da deficiência intelectual e funções prejudicadas:**

**( ) Transtorno do Espectro Autista -** caracterizado por síndrome clínica na forma de: I -deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; ou II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

**Código Internacional de Doenças - CID - 10:**

**Provável causa da Deficiência:**

**A deficiência se manifestou antes dos 18 anos? ( ) sim ( ) não**

**Descrição clínica detalhada da Transtorno Autista e funções prejudicadas:**

**( ) Múltipla Deficiência** - associação de duas ou mais deficiências. No caso de Múltipla Deficiência, o(a) profissional responsável pelo Laudo Médico deverá preencher os campos relativos às deficiências associadas que caracterizam a múltipla deficiência.

Possíveis limitações e/ou restrições decorrentes da deficiência apresentada pelo(a)candidato (Física, Auditiva, Visual, Mental/Intelectual, Transtorno do Espectro Autista ou Múltipla Deficiência) na área acadêmica. Especificar:

**Assinatura do(a) Médico(a):**

**Carimbo com nome e CRM do(a) Médico(a):**

**Local e data:**