

## AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
detentor(a) do Documento de Identidade Nº \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_  
candidato(a) ao Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_ da  
Universidade Federal do Espírito Santo, curso \_\_\_\_\_,  
Modalidade de Vaga Reservada, com base no Artigo 4º do DECRETO Nº 3.298/1999 e Lei  
12.764/2012 declaro ter:

- Deficiência Auditiva
- Deficiência Física
- Deficiência Visual
- Deficiência Intelectual
- Surdo-cegueira
- Transtorno Espectro Autista

Anexo a esta declaração, relatório médico que descreve **DETALHADAMENTE** as minhas condições de saúde, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID-10).

Afirmo serem verdadeiras as informações prestadas e confirmo estar ciente de que:

1. A prestação de informações falsas ou a apresentação de documentação inidônea pelo estudante, apurada posteriormente à matrícula, em procedimento que lhe assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o seu cancelamento, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis." (BRASIL, Ministério da Educação, Portaria Normativa nº 21, de 5 de novembro de 2012, art. 35);
2. Que o enquadramento como pessoa com deficiência é prerrogativa da Banca de Verificação e Validação.

Nestes termos, peço deferimento.

Local e data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou do responsável