

ANEXO IV
DECLARAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PcD)

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade nº _____, CPF nº _____, inscrito(a) no Processo Seletivo – Vestibular de MEDICINA da Universidade de Rio Verde – UniRV – Campus _____, sob o número de inscrição _____, venho por meio desta declarar que sou pessoa com deficiência (PcD), conforme definido no **Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**, e suas alterações posteriores.

Tipo de Deficiência:

() Deficiência Física () Deficiência Auditiva () Deficiência Visual () Deficiência Intelectual
() Deficiência Múltipla () Outras. Especificar: _____

Grau de Deficiência: () Leve () Moderado () Grave

Código correspondente da (CID): _____

Descrição da Deficiência:

Nome e CRM do médico responsável pelo laudo: _____

Necessidades Específicas para Realização da Prova:

() NÃO NECESSITA DE CUIDADO/TRATAMENTO ESPECIAL.
() NECESSITA DE CUIDADO/TRATAMENTO ESPECIAL (**Neste caso, observar o item 5 do Edital**).

Declaro ainda que todas as informações prestadas são verdadeiras e que estou ciente de que a comprovação da deficiência deverá ser realizada mediante a apresentação de laudo médico e demais documentos exigidos no Edital do Processo Seletivo.

Local e Data: _____

Assinatura do(a) Candidato(a)

IMPORTANTE - Documentos Anexos:

- Laudo Médico (conforme modelo do Anexo VI do Edital)
- Exames complementares, se aplicável (audiometria, oftalmológico, etc.)

Observações:

1. Esta declaração deve ser preenchida e assinada pelo(a) candidato(a) e anexada ao laudo médico e demais documentos comprobatórios da deficiência.
2. O envio da documentação deve ser realizado no período de **15/05/2025 a 16/05/2025**, conforme cronograma do Edital.
3. A não observância do prazo ou a falta de documentação acarretará no indeferimento da solicitação.