



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

DECLARAÇÃO DE AUTORECONHECIMENTO INDÍGENA

ANO LETIVO

SEM. LETIVO

Eu, _____,

identidade nº _____, órgão expedidor (Selecione) _____,

natural de _____, estado _____,

nascido em ____ de (Selecione) _____ de ____ de _____, filho(a) de _____

_____ e _____,

me autoreconheço como indígena da etnia _____.

_____, ____ de (Selecione) _____ de _____

Assinatura do(a) Candidato(a)

Este documento deverá ser apresentado também no ato do Registro Acadêmico caso o(a) candidato(a) seja aprovado(a).



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

DECLARAÇÃO DE LIDERANÇAS INDÍGENAS

ANO LETIVO

SEM. LETIVO

Nós, lideranças da aldeia _____, em território indígena ou município _____, considerando a necessidade de profissionais indígenas que atendam ao nosso povo, que conheçam os nossos costumes e nos respeitem em nossas tradições e cultura, indicamos à Comissão Examinadora da UFMG, o(a) indígena _____ identidade nº _____, órgão expedidor (Selecione) _____, para fins de processo seletivo na UFMG.

LIDERANÇA 1

Nome: _____

Localidade: _____

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome: _____

Localidade: _____

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 3

Nome: _____

Localidade: _____

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

_____, ____ de (Selecione) _____ de _____

Assinatura do(a) Candidato(a)

Este documento deverá ser apresentado também no ato do Registro Acadêmico caso o(a) candidato(a) seja aprovado(a).



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM TERRITÓRIO INDÍGENAS

ANO LETIVO

SEM. LETIVO

IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A):

Eu, _____,
identidade nº _____ órgão expedidor (Selecione) _____,
declaro para os devidos fins que resido na aldeia _____,
localizada na/no reserva/território indígena _____.

_____, ____ de (Selecione) de _____

Assinatura do(a) Candidato(a)

DADOS DO CACIQUE/LIDERANÇA:

Nome: _____

CPF ou Identidade: _____

Nome da Aldeia, Terra Indígena e Município onde reside: _____

_____ estado: _____

_____, ____ de (Selecione) de _____

Assinatura do Cacique/Liderança

ATESTADO

A **Fundação Nacional do Índio (FUNAI)** atesta para fins de participação no Processo Seletivo
_____ que são verdadeiras
as informações prestadas pelo(a) _____

Assinatura

Este documento deverá ser apresentado também no ato do Registro Acadêmico caso o(a) candidato(a) seja aprovado(a).

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 de Minas Gerais, curso _____,

Modalidade de Vaga Reservada, com base no Artigo 4º do DECRETO Nº 3.298/1999 e suas
alterações e na súmula nº 377 – STJ de 22 de abril de 2009 e Lei 12.764/2012 declaro ter:

Deficiência Auditiva

Deficiência Física

Deficiência Mental

Deficiências Múltiplas

Deficiência Visual

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 perícia médica
oficial.

Nestes termos, peço deferimento.

Local e data: _____ de _____ de 202_____

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

MODELO DE RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO A VAGA RESERVADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome _____
CPF _____ Sexo: Masculino Feminino Nascimento ____/____/____
Identidade _____ Órgão Emissor _____ UF _____
Filiação _____

2. DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE FÍSICA E/OU MENTAL

História Clínica

Exame físico detalhado

Código Internacional de Doenças – CID-10: _____
(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

Exame oftalmológico (se for o caso)

Somatório da medida do campo visual em ambos os olhos. _____

Exame otorrinolaringológico (se for o caso)

Acuidade auditiva (Hz):	500	1000	2000	3000
Orelha direita				
Orelha esquerda				

Apresentar, juntamente com este relatório, os seguintes exames para comprovação da deficiência:

- **Deficiência Auditiva:** exame de audiometria;
- **Deficiência Visual:** exame oftalmológico;
- **Deficiência Física:** exames de imagem ou outros que corroborem para o diagnóstico;
- **Deficiências Mental/espectro autista:** outros que corroborem para o diagnóstico;
- **Deficiências Múltiplas:** exames que corroborem para o diagnóstico, conforme as áreas afetadas.

_____, _____ de _____ de 202_____

Nome do Médico: _____

Especialidade: _____

Assinatura

Carimbo e Registro CRM

Todas as páginas deste relatório médico deverão ser rubricadas e carimbadas pelo médico responsável e não poderá conter rasuras.