

ANEXO 10 – MODELO DE CARACTERIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA

Atesto, para fins de participação no edital Nº 03/2025 – PPGQ/UFPA, que

_____ (nome completo do(a) candidata(a)), pessoa portadora do documento de identificação nº _____, inscrita sob o nº de CPF _____, é considerada pessoa com deficiência à luz da legislação brasileira por apresentar os seguintes impedimento(s) (físicos, auditivos, múltiplos, visuais, intelectuais, mentais ou transtorno _____ do _____ espectro _____ autista)

que resulta(m) no comprometimento das seguintes funções/funcionalidades

Informo, ainda, a provável causa do comprometimento

_____, ____ de _____ de _____.

Local e data

Assinatura e carimbo do médico ou profissional de saúde de nível superior, com a indicação do número de inscrição no Conselho de Classe (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional ou psicólogo)