



ATENÇÃO

Para os alunos que foram aprovados para o FIES



CANDIDATOS ENVIAR OS DOCUMENTOS DA INSCRIÇÃO PARA O E-MAIL

fiesinscricao@unifsa.com.br

ORIENTAÇÕES:

ATENÇÃO: NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS POR INSCRIÇÕES SEM DOCUMENTAÇÃO OU ENVIO DE DOCUMENTOS INCORRETOS (FORA DAS ORIENTAÇÕES DESCRITAS A SEGUIR:) Todos os documentos deverão ser enviado em PDF, no e-mail:

fiesinscricao@unifsa.com.br, (cada documento em PDFs separados e RENOMEADOS, todos os documentos em um único e-mail).

Em caso de dúvidas, o atendimento presencial será no prédio SEDE, no endereço: Av.Valter Alencar,665, bairro São Pedro, Teresina-Pi.

- Assunto: **Inscrição FIES**, nome e curso; Os documentos deverão ser enviados pelo e-mail do próprio candidato
- Enviar documentação no prazo máximo de entrega 24h de antecedência para validação da inscrição
- Em razão da LGPD, toda tratativa da inscrição será exclusivamente como CANDIDATO a vaga maiores de 18anos exceto em casos de menores de idade, acompanhado de um responsável legal;
- Após o envio, aguardar o retorno do e-mail.

ATENÇÃO: DOCUMENTOS INDISPENSÁVEIS PARA VALIDAÇÃO DA INSCRIÇÃO FIES:

ATENÇÃO: Documentos que não podem deixar de serem enviados: Do CANDIDATO; **RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL e RESERVISTA** (Para homens); **COMPROVANTE DE ENDEREÇO** (deve ser em nome de alguém do grupo familiar informado na inscrição); **COMPROVANTE DE RENDA**. A falta de documentos impede que a inscrição seja validada. **CERTIFICADO E HISTÓRICO DO ENSINO MÉDIO** (ou declaração de conclusão). **ATENÇÃO: O preenchimento errado do ano de conclusão, RG (numero e data de emissão) , endereço errado e renda a inscrição deverá ser reaberta.**

ATENÇÃO: O CANDIDATO pré-selecionado à vaga FIES SOCIAL, fica dispensado da comprovação da renda familiar.

1. **CARTEIRA DE TRABALHO CTPS (DIGITAL- caso não tenha renda declarada); FÍSICA**(Frente e verso da foto e pagina do último contrato de trabalho assinado e a pagina seguinte.
2. **FICHA DE INSCRIÇÃO** - (fica disponível no site, após a complementação da inscrição);
3. **COMPROVAÇÃO DE RENDA**-Contra-cheque dos 03 últimos meses ou declaração do Imposto de Renda IRPF(caso seja o membro que declarou a renda no grupo familiar) OBS: A renda declarada na inscrição deve ser no valor do salário bruto, igual ao contra-cheque enviado.
4. **CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO** (caso o aluno seja casado)
5. **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (deve ser no nome do aluno ou de alguém que está no grupo familiar declarado e/ou informado na inscrição);
6. **PROPOSTA DE SEGURO PRESTAMISTA**. Devidamente preenchido e assinado
7. **DOCUMENTO:** de auto declaração do seu perfil étnico-racial para às vagas reservadas a pessoas pretas pardas, indígenas, quilombolas e em caso de PCD (pessoa com deficiência) o LAUDO MÉDICO CARACTERIZADOR DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA PARA CONCORRÊNCIA EM RESERVA DE VAGAS FIES (doc. Anexo) devidamente preenchido.Também declarar estar ciente dos dados fornecidos.

Nos termos do § 6º do art. 4º da Lei nº 10.260, de 2001, caso seja constatada inidoneidade de documento apresentado ou falsidade de informação, inclusive quanto à composição o grupo familiar ou renda de seus membros, prestada pelo CANDIDATO à CPSA da instituição de ensino, ao Ministério da Educação, ao agente operador ou ao agente financeiro do Fies, será: **rejeitada a inscrição, em qualquer etapa do processo seletivo;**

DO GRUPO FAMILIAR: RG E CPF; CARTEIRA DE TRABALHO (FÍSICA OU DIGITAL) DE TODOS QUE FOREM MAIORES DE 14 ANOS (EXCETO DE QUEM DECLAROU A RENDA) QUEM DECLAROU A RENDA: APRESENTAR O CONTRA-CHEQUE DOS 03 ÚLTIMOS MESES OU DECLARAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA; SE HOUVER ALGUMA CRIANÇA NO GRUPO FAMILIAR QUE NÃO TENHA CPF, ANEXAR A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CONTATOS: TELEFONE FIES (86) 3215-8713



**LAUDO MÉDICO CARACTERIZADOR DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA PARA CONCORRÊNCIA EM RESERVA DE VAGAS
FIES/PROUNI (AÇÕES AFIRMATIVAS - PCD)**

IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A) - DUAS PÁGINAS

NOME:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

CID:

Atesto, para a finalidade de concorrência a vaga de pessoa com deficiência, para ingresso no UNIFSA, de acordo com o Decreto nº 3.298/1999, com a Instrução Normativa SIT/MTE nº 98, de 15/08/2012, e o parecer CONJUR/MTE nº 444/2011, observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Lei nº 12.764/2012, Lei nº 13.146/2015, Lei nº 15.176/2025, CONJUR MTE nº 444/2011 e Lei Nº 8.048/2023, de 25 de maio de 2023, publicada no Diário Oficial do Estado do Piauí.

Assinalar a informação que melhor descreva a deficiência do(a) avaliado(a) e anexe o respectivo documento comprobatório:

() I - 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, membros com deformidade congênita ou adquirida, nanismo (altura: _____).
Outras (especificar): _____.

Obs.: ESPECIALISTA COM RQE (ex: Ortopedista, Neurologista)

() V - Deficiência Intelectual: Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como:

- a) Comunicação;
- b) Cuidado pessoal;
- c) Habilidades sociais;
- d) Utilização de recursos da comunidade;
- e) Saúde e segurança;
- f) Habilidades acadêmicas;
- g) Lazer;
- h) Trabalho.

Idade de Início:

Obs: ESPECIALISTA COM RQE (ex:Neurologista, Psiquiatra)

() II - Deficiência Auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.

Obs: ESPECIALISTA COM RQE (ex: Otorrinolaringologista)
ANEXAR AUDIOGRAMA

() VI a- Deficiência Mental – Psicossocial: conforme Convenção ONU - Esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, outras limitações psicossociais. Informar se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença (assinalar também as limitações para habilidades adaptativas no quadro acima). Obs: Anexar laudo do especialista.

Obs: ESPECIALISTA COM RQE (ex: Psiquiatra)

() III - Deficiência Visual:

() Cegueira - acuidade visual $\leq 0,05$ (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

() Baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

() Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60 graus.

() Visão Monocular - acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) em um olho (ou cegueira declarada por oftalmologista).

() IV - Transtorno de Espectro Autista (Lei nº 12.764/2012). A pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Obs: ESPECIALISTA COM RQE (ex:Neurologista, Psiquiatra)

() VII - Fibromialgia - (Lei nº 15.176/2025). A pessoa com Fibromialgia pode ser considerada pessoa com deficiência desde que apresente avaliação biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, observando os critérios estabelecidos no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), incluindo a análise de impedimentos nas funções corporais e estruturas do corpo; fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação para desempenho de atividades, bem como a restrição de participação.

Obs: ESPECIALISTA COM RQE (Reumatologista)

() VII - Deficiência Múltipla: Associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima).

Eu, _____, médico(a) especialista em _____, CRM _____ e RQE _____, Endereço da Clínica/Unidade de Saúde: _____, Telefone/E-mail: _____, declaro estar ciente de que, com base neste laudo por mim assinado, o(a) avaliado(a) está sendo enquadrado(a) na COTA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA no Processo Seletivo do FIES/PROUNI para vagas em cursos de Graduação do UNIFSA. Estou ciente que quaisquer informações inverídicas prestadas poderão implicar no indeferimento da solicitação da vaga e na aplicação de medidas legais cabíveis. Por ser verdade, dato, carimbo e assino.

Data: ____/____/____

Assinatura/Carimbo/CRM/RQE: _____

OBS: O preenchimento de todas as informações é obrigatório

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DA DEFICIÊNCIA - HISTÓRICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA

PROVÁVEL CAUSA DA DEFICIÊNCIA (quando for o caso)

ÁREA(S) OU FUNÇÃO AFETADA(S) (quando for o caso)

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS OU CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)

Apresentar juntamente com este LAUDO, **OBRIGATORIAMENTE**, exames para comprovação da deficiência.

- Deficiência auditiva: exame de audiometria.
- Deficiência visual: exame oftalmológico.
- Deficiência física: exames de imagem (raio-X, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética) com laudo ou relatório contendo assinatura e registro do/a profissional ou outros que comprovem a deficiência, descrevendo de forma detalhada a incapacidade ou limitação funcional.
- Deficiência mental (intelectual): exames ou relatórios pormenorizados de médico/a ou outro/a profissional que comprovem a deficiência.
- Transtorno do Espectro Autista: relatórios pormenorizados de médico/a ou outro/a profissional que comprovem a deficiência.
- Fibromialgia - apresentar uma avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar descrevendo de forma detalhada os impedimentos e as limitações em documento único, com a assinatura de todos os profissionais envolvidos, e seus respectivos registros nos conselhos de classe.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO COM REGISTRO DO CRM E RQE _____