

**DECLARAÇÃO CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA COM RENDA MENSAL
QUE NÃO ULTRAPASSA 2 (DOIS) SALÁRIOS-MÍNIMOS**

Eu, **Ines Saber de Mello** , CPF nº 063.110.859-92, RG nº 8.134.506-6, UF do RG PR, data de nascimento 18/07/1987, nome da mãe Ana Maria Palomero Saber, venho requerer a isenção do valor da Taxa de Inscrição do Processo Seletivo *Edital 07/2026* da UDESC, de acordo com o subitem 6.4.3 do referido Edital. Envio, também, os demais documentos indicados no Edital, assumindo, sob as penas da lei, que essa é verdadeira e idônea.

DECLARO, para fins de isenção de pagamento de taxa de inscrição, ser pessoa com deficiência, com renda mensal que não ultrapassa 2 (dois) salários-mínimos.

Florianópolis , 19 de outubro de 2026

Documento assinado digitalmente
 INES SABER DE MELLO
Data: 19/10/2026 10:29:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura da Requerente

ATESTADO MÉDICO

Consultorio Dra Vanessa de Andrade

Data de emissão: 19/10/2026

Endereço: Rua Francisco Rocha, 62, 505, Batel, Curitiba - PR

Telefone: (41) 9244-8044

Dr(a). VANESSA DE ANDRADE

CRM: 20026 - PR

Paciente: Ines Saber de Mello

Sexo: Não Informado

Declaro que a paciente apresenta diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH – CID-10 F90.0) e Transtorno do Espectro Autista (TEA – CID-10 F84), nível de suporte 1, com repercussões funcionais relacionadas à atenção, ao foco, à filtragem de estímulos distratores e sensoriais e às funções executivas, incluindo dificuldades de planejamento, execução de tarefas e gerenciamento do tempo, cujos impactos podem se acentuar em situações de crise ou desregulação, comprometendo sua autonomia e seu desempenho cotidiano.

Apresenta particularidades no processamento sensorial, necessidade acentuada de previsibilidade e manutenção de rotinas, além de dificuldades na comunicação e interação social. Suas habilidades cognitivas e estratégias de compensação podem tornar algumas dessas dificuldades menos perceptíveis externamente, sem eliminar os esforços exigidos para lidar com as demandas cotidianas ou os prejuízos funcionais decorrentes dessas características.

Necessita de adaptações compatíveis com suas necessidades funcionais, incluindo tempo adicional para a realização de provas, quando aplicável.



Atestado Médico assinado digitalmente por VANESSA DE ANDRADE em 19/10/2026 20:28, conforme MP nº 2.200-2/2001, Resolução Nº CFM 2.299/2021, Resolução CFM Nº 2.381/2024 e Resolução CFM Nº 2.382/2024.
O documento médico poderá ser validado em <https://validar.iti.gov.br>.
Acesse o documento em: