EDITAL Nº 25, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2026
PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS CURSOS SUPERIORES POR REINGRESSO, TRANSFERÊNCIA INTERNA, TRANSFERÊNCIA EXTERNA E PORTADOR DE DIPLOMAS - CAMPUS TRINDADE - 2027/1

Anexo II

LAUDO MÉDICO

A ser encaminhado por todos aqueles que escolheram concorrer pela reserva de vaga PcD

Todos os dados solicitados no Laudo deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao candidato.

O(a) candidato(a) _____
_____
portador(a) do documento de identificação n.º_____, CPF n.º _____, telefones _____, candidato(a) ao Processo Seletivo, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n. 3.298, de 20/12/99 e suas alterações posteriores e na súmula nº 377-STJ, de 22/04/2009.

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência do candidato:

( ) DEFICIÊNCIA FÍSICA*		
1. ( ) Paraplegia	6. ( ) Tetraparesia	11. ( ) Amputação ou Ausência de Membro
2. ( ) Paraparesia	7. ( ) Triplegia	12. ( ) Paralisia Cerebral
3. ( ) Monoplegia	8. ( ) Triparesia	13. ( ) Membros com deformidade congênita ou adquirida
4. ( ) Monoparesia	9. ( ) Hemiplegia	14. ( ) Ostomias
5. ( ) Tetraplegia	10. ( ) Hemiparesia	15. ( ) Nanismo

**Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.*

( ) DEFICIÊNCIA AUDITIVA*: perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.
* *Para os candidatos com deficiência auditiva, o laudo médico deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições, acompanhado do relatório do otorrinolaringologista informando se a perda auditiva do candidato é passível de alguma melhora com uso de prótese.*

( ) DEFICIÊNCIA VISUAL:
( )Cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.
( )Baixa visão – acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.
( )Campo visual – em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.
( )A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.

Para os candidatos com deficiência visual, o Laudo Médico deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em ambos os olhos (AO), patologia e campo visual recente, realizado até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

( ) DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:			
1. ( ) Comunicação	3. ( ) Habilidades sociais	5. ( ) Saúde e segurança	7. ( ) Lazer
2. ( ) Cuidado pessoal	4. ( ) Utilização de recursos da comunidade	6. ( ) Habilidades acadêmicas	8. ( ) Trabalho

Para os candidatos com deficiência intelectual, o Laudo Médico deverá vir acompanhado do original do Teste de Avaliação Cognitiva (Intelectual), especificando o grau ou nível de funcionamento intelectual em relação à média, emitido por médico psiquiatra ou por psicólogo, realizado no máximo em até 6 (seis) meses anteriores ao último dia das inscrições.

( ) DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências:
( ) TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

I.– CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):
_____
_____
_____

II. – DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA (o médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da CID):
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**Laudo válido apenas dos últimos seis meses da data de análise da documentação.*

_____,____/____/_____
Local Data

_____
Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)

_____
Assinatura do candidato maior de idade (conforme consta no documento de identidade)*

*Caso o candidato seja menor de idade, o pai, mãe ou responsável legal deverá assinar.