

EDITAL Nº 19, DE 13 DE JUNHO DE 2025
PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS CURSOS SUPERIORES POR REINGRESSO,
TRANSFERÊNCIA INTERNA, TRANSFERÊNCIA EXTERNA E PORTADOR DE DIPLOMAS - CAMPUS
TRINDADE - 2025/2

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:

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA* | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Paraplegia | 6. <input type="checkbox"/> Tetraparesia | 11. <input type="checkbox"/> Amputação ou Ausência de Membro |
| 2. <input type="checkbox"/> Paraparesia | 7. <input type="checkbox"/> Triplegia | 12. <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral |
| 3. <input type="checkbox"/> Monoplegia | 8. <input type="checkbox"/> Triparesia | 13. <input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida |
| 4. <input type="checkbox"/> Monoparesia | 9. <input type="checkbox"/> Hemiplegia | 14. <input type="checkbox"/> Ostomias |
| 5. <input type="checkbox"/> Tetraplegia | 10. <input type="checkbox"/> Hemiparesia | 15. <input type="checkbox"/> 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.*

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA VISUAL: |
| <input type="checkbox"/> Cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica. |
| <input type="checkbox"/> Baixa visão – acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica. |
| <input type="checkbox"/> Campo visual – em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°. |
| <input type="checkbox"/> 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.