



ANEXO IX – FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE LAUDO MÉDICO
(imprimir frente e verso obrigatoriamente)

Obrigatório para quem optar pelo preenchimento de vagas reservadas às Pessoa com Deficiência

Nome do candidato _____

Telefone(s): _____

E-mail: _____

Curso: _____ Turno: _____

- () **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, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;
- () **II - Deficiência Auditiva** - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;
- () **III - Deficiência Visual** - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; visão monocular – cegueira em um olho ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- () **IV - Deficiência Intelectual** – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas do comportamento adaptativo, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização dos recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; e h) trabalho;
- () **V - Deficiência Múltipla** – associação de duas ou mais deficiências.
- () **VI - 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.

Deve ser anexado laudo psicológico e/ou médico, conforme Anexo VIII deste edital, que comprove a deficiência assinalada acima.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, sob penas previstas em Lei, neste documento e no Edital nº. _____.

_____, _____, de _____ de 202____.
(Local e data)

Assinatura do candidato ou responsável

Para uso exclusivo da Comissão de Verificação de Documentos da Condição de Pessoa com Deficiência.

() Atestamos que os documentos apresentados pelo candidato são **ADEQUADOS** à comprovação das condições necessárias para a ocupação de vaga reservada à Pessoa com Deficiência (PcD) e somos pelo **DEFERIMENTO** da matrícula.

() Atestamos que os documentos apresentados pelo candidato são **INADEQUADOS** à comprovação das condições necessárias para a ocupação de vaga reservada à Pessoa com Deficiência (PcD) e somos pelo **INDEFERIMENTO** da matrícula.

Nome e assinatura do servidor responsável membro da Comissão