



**ANEXO XIII DO EDITAL Nº 02/2026-UFDPar, DE 22 DE JANEIRO DE 2026.**

**FORMULÁRIO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA (AÇÕES AFIRMATIVAS)**

<b>*Nome:</b>	
<b>*CPF:</b>	<b>*CID:</b>
<b>*Origem/possível causa da deficiência:</b>	
<b>*Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais), sensoriais, intelectuais e mentais:</b>	
<b>*Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessários:</b>	



**\*ASSINALAR a informação que melhor descreva a deficiência do avaliado 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, tripesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, nanismo (altura: \_\_\_\_\_), outras (especificar: \_\_\_\_\_).

**Obs.: ANEXAR LAUDO DO ESPECIALISTA.**

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: ANEXAR LAUDO DO ESPECIALISTA E AUDIOGRAMA.**

III a – ( ) **Visão Monocular** - conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) em um olho (ou cegueira declarada por oftalmologista). **Obs: ANEXAR LAUDO OFTALMOLÓGICO.**

III b – ( ) **Deficiência Visual**

( ) cegueira - acuidade visual ≤ 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;  
( ) somatária da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.

**Obs: ANEXAR LAUDO OFTALMOLÓGICO, UTILIZAR TABELAS NELLEN PARA AVALIAR ACUIDADE VISUAL.**

IV – ( ) **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: ANEXAR LAUDO DO ESPECIALISTA E EXAME NEUROPSICOLÓGICO OU RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL EMITIDO POR SERVIÇO DE SAÚDE OU DA EDUCAÇÃO.**

V 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 E RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL EMITIDO POR SERVIÇO DE SAÚDE.**



**V b - ( ) Transtorno de Espectro Autista** (Lei 12.764/2012). A pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

**Obs: ANEXAR LAUDO DO ESPECIALISTA E EXAME NEUROPSICOLÓGICO OU RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL EMITIDO POR SERVIÇO DE SAÚDE OU DA EDUCAÇÃO.**

**VI - ( ) Deficiência Múltipla** - associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima)

\*Eu, \_\_\_\_\_, médico especialista em \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, RQE \_\_\_\_\_, estou ciente de que, sou médico especialista na área de deficiência atestada e com base neste laudo, por mim assinado, o avaliado está sendo enquadrado na cota de pessoas com deficiência no Processo Seletivo para vagas em Cursos de Graduação da Universidade Federal do Delta do Parnaíba.

Data:

Assinatura/Carimbo/CRM:

(\*) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.