



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA**

ANEXO XII DO EDITAL Nº 02/2025-UFDPar, DE 09 DE JANEIRO DE 2025.

FORMULÁRIO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA (AÇÕES AFIRMATIVAS)

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

***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, triplicia, triparesia, 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 \leq 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;
() somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o.

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.