

ANEXO II – MODELO DE DOCUMENTAÇÃO CARACTERIZADORA DA DEFICIÊNCIA

A documentação caracterizadora da deficiência deverá ser digitalizada e anexada (upload) na página de inscrição, em formato PDF, juntamente com os exames exigidos dentro do prazo previsto no Cronograma do Processo Seletivo. Todos os dados solicitados neste formulário deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao(a) candidato(a).

O(A) candidato(a), _____, portador(a) do documento de identificação, se houver, nº _____, CPF nº _____, telefones _____, foi submetido(a), nesta data, a avaliação, sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores; com o art. 5º do Decreto Federal nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004; com a Lei nº 14.126, de 22 de março de 2021; com o parágrafo 1º da Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista); com o art. 2º da Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015; com o art. 1º da Lei Federal nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023 (deficiência auditiva); e com o art. 1º-C da Lei Federal nº 14.705, de 25 de outubro de 2023, incluído pela Lei Federal nº 15.176, de 23 de julho de 2025 (pessoa com fibromialgia).

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

☐ 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 unilateral total ou 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.

☐ 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.
- ☐ **Visão monocular** - visão normal em um olho e cegueira no olho contralateral com acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400), 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.**

☐ **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 dos recursos da comunidade	6. ☐ Habilidades acadêmicas	8. ☐ Trabalho

☐ **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.

☐ **FIBROMIALGIA*** é considerada pessoa com fibromialgia aquela que, avaliada por médico, preencha os requisitos estipulados pela Sociedade Brasileira de Reumatologia ou órgão que a venha substituir.

_____ (cidade), ____/____/____.

Assinatura, carimbo e número de registro no conselho competente

I – CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 11): _____

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

III - TEMPO ADICIONAL (se, em razão da deficiência, o(a) candidato(a) necessitar de tempo adicional para fazer a entrevista, o(a) especialista da área de sua deficiência deverá expressar claramente abaixo essa informação com a respectiva justificativa).

_____ (cidade), ____ / ____ / ____.

Assinatura, carimbo e número de registro no conselho competente

Assinatura do(a) candidato(a)