



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

**Edital PPG-ENF nº 8/2024 de 11 de dezembro de 2024****EDITAL DE ABERTURA DO PROCESSO DE INSCRIÇÃO NA DISCIPLINA PROJETO APLICADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****1. PREÂMBULO**

1.1 A Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) torna público o edital que estabelece as normas do processo de inscrição na disciplina Projeto Aplicado que é pré-requisito à solicitação de ingresso ao PPGEnf.

1.2 Este edital foi aprovado pela Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

1.3 Mais informações podem ser obtidas através do e-mail: [mpenfermagem@ufcspa.edu.br](mailto:mpenfermagem@ufcspa.edu.br) e/ou no endereço eletrônico do PPGEnf: <https://ufcspa.edu.br/vida-academica/pos-graduacao/mestrado-e-doutorado/ppg-enfermagem/ingresso>

**2. DA DISCIPLINA**

2.1 A disciplina visa à construção prática de um projeto aplicado, voltado à realidade profissional do enfermeiro, a partir da definição de um problema ou de uma oportunidade de melhoria, entendimento de suas causas, análises e diagnóstico, e de uma proposta de intervenção e avaliação.

2.2 Ela será realizada entre os dias **21/02 e 21/03/2025** no formato de ensino híbrido, com aulas remotas síncronas às segundas e/ou sextas-feiras e aulas presenciais alternadas às sexta-feiras das 8h às 11h20min, que serão estabelecidas no plano de ensino.

2.3 Serão considerados aprovados na disciplina os alunos que obtiverem nota igual ou maior que 7 (sete) e frequência igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) da carga horária total.

**3. DO NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DAS VAGAS**

3.1 O processo de inscrição ocorrerá por meio de duas modalidades de vagas:

I - Ampla concorrência: vagas que não estão submetidas a nenhuma modalidade de reserva de vagas;

II – Sistema de reserva de vagas (Ações afirmativas): vagas para pessoas negras (pretas e pardas), indígenas, quilombolas e pessoas portadoras de deficiência.

3.2 Serão ofertadas **55** (cinquenta e cinco) vagas, sendo que 30% (trinta por cento) serão reservadas para candidatos de ações afirmativas.

3.3 Não havendo o preenchimento da reserva de para ações afirmativas, elas serão acrescidas à ampla concorrência.

3.4 O PPGEnf iniciará a alocação dos candidatos pela lista de inscritos na modalidade de reserva de vagas, seguindo com a dos inscritos em ampla concorrência.

**4. DA INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO**

4.1 As inscrições deverão ser realizadas de **11 de dezembro de 2024 a 13 de janeiro de 2025 até às 23h59**, mediante o envio dos documentos exigidos no item 4.2 deste edital. O candidato deverá acessar o Sistema de Processos Seletivos da UFCSPA, no endereço <https://processoseletivo.ufcspa.edu.br/>, e realizar seu login a fim de proceder à inscrição no Processo de inscrição na disciplina Projeto Aplicado.

4.2 Documentos necessários à inscrição:

a) Cópia do documento de identidade e CPF;

b) Carta de indicação do orientador (Anexo I), assinada eletronicamente pelo professor. indica-se o uso da ferramenta do Portal Gov.br: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica>

c) Documentação complementar contida no item 5 do Edital para os candidatos Sistema de reserva de vagas (Ações afirmativas).

**5. DA RESERVA DE VAGAS**

5.1 Além da documentação constante no item 4, os candidatos à reserva de vagas deverão acrescentar:

5.2 Os candidatos negros (pretos e pardos) deverão apresentar a autodeclaração de acordo com o modelo (Anexo II) assinada eletronicamente e se submeter entrevista presencial com a Comissão de Heteroidentificação após o encerramento da disciplina (21 de março de 2025), em horário a ser agendado pela Comissão de Heteroidentificação.

5.3 Os candidatos quilombolas deverão apresentar:

5.3.1 a autodeclaração de acordo com o modelo (Anexo II) assinada eletronicamente pelo site Gov.br (<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica>);

5.3.2 declaração original expedida pela Fundação Cultural Palmares, na qual conste o reconhecimento oficial do quilombo do qual o candidato pertença; e

5.3.3 declaração original da associação do quilombo, emitida no ano vigente com a assinatura do presidente reconhecida em cartório na qual conste que o candidato pertence àquela comunidade.

5.4 Os candidatos indígenas deverão apresentar:

5.4.1 a autodeclaração de acordo com o modelo (Anexo II) assinada eletronicamente pelo site Gov.br (<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica>);

5.4.2 cópia do Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (RANI) ou declaração da FUNAI; e

5.4.3 declaração de Membro da Comunidade ou Aldeia Indígena assinada pela liderança da Comunidade Indígena (Cacique).

5.5 Os candidatos com alguma deficiência deverão apresentar:

5.5.1 a autodeclaração de acordo com o modelo (Anexo III) junto com a comprovação através de laudo médico, nos termos da Lei 13.146, de 06 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência e no Decreto Federal n. 10.654/2021, assinada eletronicamente pelo site Gov.br (<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica>);

5.5.2 fotocópias dos Laudos, emitidos por Médicos, que atestem a deficiência, de acordo com o Decreto nº 3.298/99 (artigos 3º e 4º) e com as alterações dadas pelo Decreto nº 5.296/2004 e Decreto nº 9.034/2017. Sendo um Laudo Médico, conforme modelo deste edital, que deve ser emitido nos últimos 12 (doze) meses que antecedem a matrícula. E, além desse, um Laudo Médico, em receituário próprio, datado no ano anterior ao da matrícula. Os laudos devem especificar o tipo de deficiência, com o código correspondente à

Classificação Internacional de Doenças (CID) que justifique, através de exames e diagnóstico prévios, a deficiência apresentada. Os modelos dos laudos médicos que precisam ser inseridos no ato da inscrição encontram-se no Anexo IV.

5.5.3 No caso de deficiência visual, o(a) candidato(a) deve anexar fotocópias de exames que comprovem a deficiência visual, tal como o exame oftalmológico em que conste a acuidade visual (acuidade visual bilateral) e a medida do campo visual (campimetria) nos casos que forem pertinentes, conforme Modelo (Laudo Deficiência Visual), bem como fotocópias de todos os laudos relativos aos exames apresentados.

5.5.4 No caso de deficiência auditiva, o(a) candidato(a) deve anexar fotocópias de exames e laudos relativos à Audiometria Completa, conforme Modelo (Laudo Deficiência Auditiva); bem como fotocópias de todos os laudos relativos aos exames apresentados.

5.5.5 No caso de deficiência física, o(a) candidato(a) deve anexar exames e os respectivos laudos com especificidade de comprometimento/funcionalidade de membro que justifique a deficiência, conforme Modelo (Laudo Deficiência Física); bem como fotocópias de todos os laudos relativos aos exames apresentados.

5.5.6 No caso de deficiência intelectual ou mental, o(a) candidato(a) deve anexar fotocópia de laudo com testagem psicológica/psicométrica com escores, conforme Modelo (Laudo Deficiência Mental); bem como fotocópias de todos os laudos relativos aos exames apresentados. Deve incluir testagem psicológica completa que evidencie os instrumentos utilizados e ateste a deficiência intelectual mental. A testagem psicológica e o Laudo devem estar de acordo com as orientações do Conselho Federal de Psicologia e serem assinados por um psicólogo registrado no conselho profissional. Anexar também avaliações anteriores, documentos e exames que comprovem a deficiência intelectual ou mental.

5.5.7 No caso de deficiência múltipla, o(a) candidato(a) deve anexar fotocópia de laudo conforme Modelo (Laudo Deficiência Múltipla); bem como fotocópias de todos os laudos relativos a todos os exames apresentados.

5.5.8 No caso de espectro autista, o(a) candidato(a) deve anexar fotocópia de laudo conforme Modelo (Laudo Espectro Autista); bem como fotocópias de todos os laudos relativos a todos os exames apresentados. Deve incluir testagem psicológica completa que evidencie os instrumentos utilizados e ateste o diagnóstico relativo ao espectro autista. A testagem psicológica e o Laudo devem estar de acordo com as orientações do Conselho Federal de Psicologia e serem assinados por um psicólogo registrado no conselho profissional. Anexar também avaliações anteriores, documentos e exames que comprovem o espectro autista.

5.6 Às pessoas com deficiência, inscritas no processo seletivo, serão asseguradas as condições adequadas à sua participação, de acordo com a Lei 13.146/2015 e o Decreto n. 10.654 de 22 de março de 2021, em conformidade com as demandas específicas e condições necessárias para realização das etapas do processo de inscrição, previamente notificadas pelo candidato ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, através do e-mail [mpenfermagem@ufcspa.edu.br](mailto:mpenfermagem@ufcspa.edu.br).

5.7 As candidaturas de ações afirmativas serão analisadas por comissão própria para este fim instituída pela Universidade.

5.8 As inscrições indeferidas para reserva de vagas serão automaticamente incluídas na seleção por ampla concorrência.

## 6. DA ANÁLISE DE HETEROIDENTIFICAÇÃO

6.1 Para fins de heteroidentificação a Comissão utilizará os seguintes critérios para análise das autodeclarações étnico-raciais - Políticas de Ação Afirmativa:

6.1.1 O candidato deverá comprovar que pertence ao grupo de pretos, pardos, indígenas ou quilombolas de acordo com o estabelecido pela Portaria Normativa nº 18/2012 e pela Lei Federal nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial (altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, nº 9.029, de 13 de abril de 1995, nº 7.347, de 24 de julho de 1985, e nº 10.778, de 24 de novembro de 2003) e pela Portaria Normativa nº 4, de 6 de abril de 2018, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão/Secretaria de Gestão de Pessoas, que regulamenta o procedimento de heteroidentificação complementar à autodeclaração dos candidatos negros, para fins de preenchimento das vagas reservadas nos concursos públicos federais, nos termos da Lei nº 12.990, de 9 de junho de 2014.

6.2 Os candidatos inscritos à vagas reservadas a candidatos autodeclarados negros (pretos e pardos) estão cientes de que será observado pela Comissão Permanente de Verificação das Autodeclarações Étnico-Raciais, exclusivamente o critério identitário/fenotípico: traços físicos negróides (características físicas, predominantemente, a cor da pele, a textura do cabelo, formato do nariz, formato dos lábios e o formato do rosto) que demonstram percepção social do(a) candidato(a) enquanto pessoa negra, não sendo, portanto, avaliada a ancestralidade. A ascendência do candidato não será considerada, em nenhuma hipótese, para os fins de validação.

6.3 Para assegurar a efetividade da ação afirmativa de reserva de vagas a negros (pretos e pardos), o candidato obrigatoriamente deverá apresentar no ato da inscrição a AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL. A AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL (Anexo II), disponibilizada no Edital PPGEnf nº xx/2024 de 09 de agosto de 2024, que é o instrumento utilizado para declarar o direito à ação afirmativa de caráter étnico-racial, bem como é a afirmação de que o candidato à vaga está apto a ocupá-la porque pertence a um dos grupos populacionais a que se destina (pretos ou pardos).

6.4 A partir do preenchimento da autodeclaração, o candidato assume uma condição e se responsabiliza por sua veracidade. Sendo a autodeclaração um documento, prestar informações falsas constitui uma ação passível de punição com a perda da matrícula em qualquer tempo, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

## 5. CRONOGRAMA

Inscrições	12 de dezembro de 2024 a 13 de janeiro de 2025
Publicação da lista final de inscritos e suplência	17 de janeiro de 2025
Início da disciplina Projeto Aplicado	21 de fevereiro de 2025, às 8h
Término da disciplina Projeto Aplicado	21 de março de 2025
Entrevista de heteroidentificação	Após 21 de março de 2025, em horário a ser agendado pela Comissão de Heteroidentificação.

## 6. DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1 O candidato, ao apresentar a documentação requerida, responsabiliza-se pela veracidade de todas as informações prestadas.

6.2 A homologação da candidatura está atrelada à entrega da documentação completa, sendo que o seu descumprimento será de caráter eliminatório.

6.3 A inscrição implica no reconhecimento e aceitação pelo candidato das condições previstas neste Edital.

6.4 Recomenda-se o envio das candidaturas com antecedência, uma vez que a UFCSPA não se responsabilizará por aquelas não recebidas em decorrência de eventuais problemas técnicos e de congestionamentos.

6.5 Os contatos dos orientadores estão disponíveis em: <https://www.ufcspa.edu.br/vida-academica/pos-graduacao/mestrado-e-doutorado/ppg-enfermagem/linhas-de-pesquisa>

6.6 Esclarecimentos e informações adicionais acerca deste Edital poderão ser obtidas pelo endereço eletrônico [mpenfermagem@ufcspa.edu.br](mailto:mpenfermagem@ufcspa.edu.br). O atendimento encerra-se impreterivelmente às 17h (dezessete horas), horário de Brasília, em dias úteis.

6.7 É de responsabilidade do proponente entrar em contato com o PPGEnf em tempo hábil para obter informações ou esclarecimentos.

6.8 Eventual impossibilidade de contato ou ausência de resposta do PPGEnf não será admitida como justificativa para a inobservância do prazo previsto no cronograma para submissão da candidatura.

6.9 A participação na disciplina não configura vínculo com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nem com a UFCSPA.

6.10 Os casos omissos no presente informativo serão avaliados pela Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

6.11 Informações adicionais poderão ser solicitadas para: [mpenfermagem@ufcspa.edu.br](mailto:mpenfermagem@ufcspa.edu.br) ou (51) 3303-8801.

Adriana Aparecida Paz  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dinara Jaqueline Moura  
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

#### ANEXO 1 - CARTA DE INDICAÇÃO DO ORIENTADOR

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

Prezada Comissão Avaliadora

Venho, por meio desta, apresentar o(a) enfermeiro(a) NOME COMPLETO como candidato(a) à disciplina "Projeto Aplicado" do Mestrado Profissional em Enfermagem da UFCSPA.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador

#### ANEXO II - AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

(para candidatos inscritos para as vagas de ação afirmativa – autodeclarados pretos, pardos, indígenas e outras etnias)

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo-assinado, CPF nº \_\_\_\_\_, portador do documento de identificação nº \_\_\_\_\_, DECLARO para o fim específico de atender ao Edital XX/2024 – PPGEnf, processo de inscrição na disciplina Projeto Aplicado do PPGEnf da UFCSPA, que sou \_\_\_\_\_ (Informar a etnia). A autodeclaração deve coincidir com a opção de ação afirmativa escolhida no momento da inscrição para este processo seletivo, sob o risco de indeferimento durante a análise da documentação de ação afirmativa caso seja identificada alguma divergência. Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente para que a mesma produza seus efeitos legais e de direito, e estou ciente de que responderei legalmente pela informação prestada.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) declarante

<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica>

**ANEXO III - AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA****(para candidatos inscritos para as vagas de ação afirmativa – autodeclarados portadores de deficiência)**

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo-assinado, CPF nº \_\_\_\_\_, portador do documento de identificação nº \_\_\_\_\_, DECLARO para o fim específico de atender ao Edital XX/2024 – PPGEnf, processo de inscrição na disciplina Projeto Aplicado do PPGEnf da UFCSPA, que sou portador de deficiência.

Necessita de condições especiais para a realização de qualquer uma das fases que compõem o processo seletivo?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

Caso a resposta seja SIM, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da Seleção?

---

Declaro ter:

- ( ) Deficiência Auditiva
- ( ) Deficiência Física
- ( ) Deficiência Mental
- ( ) Deficiências Múltiplas
- ( ) Deficiência Visual
- ( ) Transtorno Espectro Autista

Anexo a esta declaração, relatório médico que descreve DETALHADAMENTE as minhas condições de saúde, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID-10).

Afirmo serem verdadeiras as informações prestadas e confirmo estar ciente de que:

A prestação de informações falsas ou a apresentação de documentação inidônea pelo estudante, apurada posteriormente à matrícula, em procedimento que lhe assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o seu cancelamento, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.” (BRASIL, Ministério da Educação, Portaria Normativa nº 21, de 5 de novembro de 2012, art. 35);

Nestes termos, peço deferimento.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Assinatura do(a) declarante

<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica>

#### ANEXO IV - MODELO DE LAUDOS

##### INGRESSO UFCSPA Modalidades LB\_PCD e LI\_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com Deficiência Visual  
**A ser preenchido pelo médico**

##### Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-Graduação da UFCSPA - Deficiência Visual

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_

##### Laudo Médico (restrito ao médico)

Atesto, para fins de seleção para o ingresso na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_, candidato(a) ao curso de \_\_\_\_\_, é considerado (a) pessoa com deficiência por apresentar a (s) seguinte (s) condição (es):

##### [ ] Deficiência Visual

- ( ) cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.  
( ) baixa visão: acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.  
( ) baixa visão: visão monocular (Conforme a Súmula AGU n° 45 de 14/09/2009).  
( ) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor a 60°.

Resultado da Acuidade Visual Bilateral (com a melhor correção óptica) em 20/xxx:

Olho Esquerdo: \_\_\_\_\_ Olho Direito: \_\_\_\_\_

Resultado da Campimetria Visual (em graus):

\_\_\_\_\_

Nome do(a) Profissional que realizou a Campimetria: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: "dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso (art. 302)" ou "fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados (art.304)"

Nome do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

N° do Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Estado (UF): \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

- Autorizo o compartilhamento das informações contidas neste laudo médico e a divulgação do código da CID com a Comissão de Ingresso SISU UFCSPA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)

**INGRESSO UFCSPA**  
Modalidades LB\_PCD e LI\_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com Deficiência Auditiva  
A ser preenchido pelo médico

**Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-Graduação da UFCSPA - Deficiência Auditiva**

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_

**Laudo médico (restrito ao médico)**

Atesto, para fins de seleção para o ingresso na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, é considerado(a) pessoa com deficiência por apresentar perda bilateral (parcial ou total), de quarenta e um decibéis (41 dB) ou mais, aferida pela média aritmética no audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

Resultado do exame de audiometria (completo):

**Orelha Esquerda**

Frequência	Decibéis (dB)
500 Hz	dB
1.000 Hz	dB
2.000 Hz	dB
3.000 hZ	dB
Média	dB

**Orelha Direita**

Frequência	Decibéis (dB)
500 Hz	dB
1.000 Hz	dB
2.000 Hz	dB
3.000 Hz	dB
Média	dB

Resultado descritivo da Audiometria completa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome do(a) Profissional que realizou a audiometria: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Nº Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: "dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso (art. 302)" ou "fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados (art.304)"

Nome do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

Nº do Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Estado (UF): \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

- Autorizo o compartilhamento das informações contidas neste laudo médico e a divulgação do código da CID com a Comissão de Ingresso UFCSPA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)

**INGRESSO UFCSPA**

Modalidades LB\_PCD e LI\_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com Deficiência Física

A ser preenchido pelo médico

**Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-Graduação da UFCSPA – Deficiência Física**

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_

**Laudo médico (restrito ao médico)**

Atesto, para fins de seleção para o ingresso na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, candidato(a) ao PPG \_\_\_\_\_, é considerado(a) pessoa com deficiência por apresentar alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de (assinalar abaixo):

- paraplegia
- paraparesia
- monoplegia
- monoparesia
- triplegia
- triparésia
- tetraplegia
- tetraparesia
- hemiplegia
- hemiparesia
- ostomia
- nanismo
- amputação ou ausência de membro(s)
- paralisia cerebral
- membro(s) com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Descrever abaixo as funcionalidades e/ou comprometimentos de membro(s) que justifique(m) a(s) deficiência(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: "dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso (art. 302)" ou "fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados (art.304)"

Nome do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

Nº do Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Estado (UF): \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

- Autorizo o compartilhamento das informações contidas neste laudo médico e a divulgação do código da CID com a Comissão de Ingresso UFCSPA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)

**INGRESSO UFCSPA**  
Modalidades LB\_PCD e LI\_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Deficiência Intelectual ou Mental**  
**A ser preenchido pelo médico**

**Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Graduação da UFCSPA – Deficiência Intelectual ou Mental**

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_

**Laudo Médico (restrito ao médico)**

Atesto, para fins de seleção para o ingresso na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, candidato(a) ao curso de \_\_\_\_\_, é considerado(a) pessoa com deficiência por apresentar funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (*assinalar as áreas limitadas*):  
( ) comunicação ( ) cuidado pessoal ( ) habilidades sociais ( ) saúde e segurança ( ) lazer ( ) trabalho  
( ) habilidades acadêmicas ( ) utilização dos recursos da comunidade

- A deficiência se manifestou antes dos 18 anos? ( ) sim ( ) não
- Qual a idade de início da deficiência? \_\_\_\_\_ anos
- A inteligência do candidato, aferida pelo teste \_\_\_\_\_, situa-se significativamente abaixo dos parâmetros da normalidade, com Quociente de Inteligência (QI) firmado em \_\_\_\_\_, a partir da avaliação psicológica.

Nome do(a) profissional que realizou a testagem psicométrica: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Nº Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

A patologia que deu origem à deficiência está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: “dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso (art. 302)” ou “fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados (art.304)”

Nome do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

Nº do Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Estado (UF): \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

- Autorizo o compartilhamento das informações contidas neste laudo médico e a divulgação do código da CID com a Comissão de Ingresso SISU UFCSPA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)

**INGRESSO UFCSPA**  
Modalidades LB\_PCD e LI\_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Deficiência Múltipla**  
**A ser preenchido pelo médico**

**Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-Graduação da UFCSPA - Deficiência Múltipla**

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_

**Laudo Médico (restrito ao médico)**

Atesto, para fins de seleção para o ingresso na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, candidato(a) ao curso de \_\_\_\_\_, é considerado (a) pessoa com deficiência por apresentar a(s) seguinte(s) condição(es):

**[ ] 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 (assinalar abaixo):

- ( ) paraplegia ( ) triplegia ( ) paraparesia  
 ( ) triparesia ( ) monoplegia ( ) monoparesia  
 ( ) tetraplegia ( ) tetraparesia ( ) hemiplegia  
 ( ) nanismo ( ) hemiparesia ( ) ostomia  
 ( ) amputação ou ausência de membro(s) ( ) paralisia cerebral  
 ( ) membro(s) com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Descrever abaixo as funcionalidades e/ou comprometimentos de membro(s) que justifique(m) a(s) deficiência(s):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

**[ ] Deficiência auditiva**

( ) perda bilateral (parcial ou total), de quarenta e um decibéis (41 dB) ou mais, aferida pela média aritmética no audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

Resultado do exame de audiometria (completo):

**Orelha Esquerda**

Frequência	Decibéis (dB)
500 Hz	dB
1.000 Hz	dB
2.000 Hz	dB
3.000 hZ	dB
<b>Média</b>	dB

**Orelha Direita**

Frequência	Decibéis (dB)
500 Hz	dB
1.000 Hz	dB
2.000 Hz	dB
3.000 Hz	dB
<b>Média</b>	dB

Resultado descritivo da audiometria:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nome do(a) Profissional que realizou a Audiometria: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Nº Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

**[ ] Deficiência Visual**

- ( ) cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.  
 ( ) baixa visão: acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.  
 ( ) baixa visão: visão monocular (Conforme a Súmula AGU n° 45 de 14/09/2009).  
 ( ) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor a 60°.

Resultado da Acuidade Visual Bilateral (com a melhor correção óptica) em 20/xxx:

Olho Esquerdo: \_\_\_\_\_ Olho Direito: \_\_\_\_\_

Resultado da Campimetria Visual (em graus):

\_\_\_\_\_

Nome do(a) Profissional que realizou a Campimetria: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

**[ ] Deficiência Intelectual ou Mental**

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (assinalar as áreas limitadas):

- ( ) comunicação ( ) cuidado pessoal ( ) habilidades sociais ( ) saúde e segurança  
 ( ) lazer ( ) trabalho ( ) habilidades acadêmicas ( ) utilização dos recursos da comunidade

- A deficiência se manifestou antes dos 18 anos? ( ) sim ( ) não
- Qual a idade de início da deficiência? \_\_\_\_\_ anos
- A inteligência do candidato, aferida pelo teste \_\_\_\_\_, situa-se significativamente abaixo dos parâmetros da normalidade, com Quociente de Inteligência (QI) firmado em \_\_\_\_\_, a partir da avaliação psicológica.

Nome do(a) profissional que realizou a testagem psicométrica: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

N° Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A patologia que deu origem à deficiência está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

**[ ] Transtorno do Espectro Autista**

É considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos:

- ( ) I – 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.

( ) II – 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 comportamentos ritualizados;  
 ( ) interesses restritos e fixos.

Qual a idade de início das manifestações clínicas? \_\_\_\_\_ anos

Descrever abaixo as áreas ou funcionalidades que justifiquem o diagnóstico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por isso, a patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças(CID): \_\_\_\_\_

Nome do(a) profissional que emitiu o laudo: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Nº Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data do laudo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: "dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso (art. 302)" ou "fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados (art.304)"

Nome do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

Nº do Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Estado(UF): \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

- Autorizo o compartilhamento das informações contidas neste laudo médico e a divulgação do código da CID com a Comissão de Ingresso SISU UFCSPA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Aparecida Paz, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, em 11/12/2024, às 15:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Dinara Jaqueline Moura, Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação**, em 11/12/2024, às 16:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufcspa.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufcspa.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2076556** e o código CRC **5D6A8F38**.

