



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSA

Edital PPG-CREAB nº 23/2024 de 09 de julho de 2024

**EDITAL DE ABERTURA DO PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NO DOUTORADO
DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO****1. PREÂMBULO**

1.1 A Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPG-CR) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), no uso de suas atribuições legais, torna público e estabelece as normas do processo seletivo para o preenchimento das vagas de Doutorado do referido Programa.

1.2 Este edital foi aprovado pela Comissão Coordenadora do PPG-CR e pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFCSA.

1.3 Informações sobre o PPG-CR podem ser obtidas no sítio eletrônico do Programa: <https://www.ufcsa.edu.br/vida-academica/pos-graduacao/mestrado-e-doutorado/ciencias-da-reabilitacao>. Informações adicionais sobre o programa e/ou sobre o presente edital podem ser obtidas junto a Secretaria do PPG-CR, por meio do e-mail: cienciasdareabilitacao@ufcsa.edu.br.

2. DO NÚMERO DE VAGAS

2.1 O preenchimento das vagas dar-se-á de acordo com a disponibilidade (Anexo I) e aceite dos orientadores.

2.2 O processo seletivo para o ingresso de estudantes no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Reabilitação ocorrerá por meio de duas modalidades de vagas: Ampla Concorrência e Sistema de Reserva de Vagas.

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

II – Sistema de Reserva de Vagas: para pessoas negras (pretas e pardas), indígenas, quilombolas e pessoas portadoras de deficiência.

2.3 O candidato deverá indicar sua modalidade de escolha no ato da inscrição. O PPG-CR reservará 30% do total geral de vagas para candidatos de ações afirmativas, por meio do Sistema de Reserva de Vagas. Não havendo o preenchimento de 30% das vagas reservadas para ações afirmativas, essas vagas serão alocadas à ampla concorrência.

3. DO PROCESSO DE SELEÇÃO

3.1 Os candidatos devem entrar em contato diretamente com os orientadores do Programa, conforme a relação apresentada no Anexo I, manifestando interesse em ingressar no nível de Doutorado do PPG-CR. É de responsabilidade dos orientadores a seleção dos candidatos que receberão a Carta de Indicação do Orientador (Anexo II), necessária para a inscrição no processo seletivo. O número de cartas (Anexo II) emitidas por cada orientador deve, obrigatoriamente, respeitar o número de vagas expressa no Anexo I.

3.2 Uma vez de posse da Carta de Indicação do Orientador (Anexo II), **os candidatos deverão realizar a sua inscrição** no Sistema de Processos Seletivos da UFCSA, no endereço <http://processoseletivo.ufcsa.edu.br/menu/>, seguida de aviso para a Secretaria do PPG-CR, através do e-mail cienciasdareabilitacao@ufcsa.edu.br.

3.3 As inscrições deverão ser realizadas no período compreendido entre **01/08/2024 e 31/12/2024**.

3.3.1 Não serão aceitas inscrições fora do prazo previsto no item 3.3 do presente Edital.

3.3.2 Os documentos de inscrição devem ser assinados eletronicamente, podendo ser utilizada, por exemplo, a ferramenta disponível no site Gov.br (<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica>).

3.4 A documentação descrita a seguir deve ser submetida em formato PDF no Sistema de Processos Seletivos da UFCSA:

3.4.1 Ficha de Inscrição devidamente preenchida (Anexo III deste Edital).

3.4.2 Cópia do Diploma de Graduação (frente e verso) ou documento equivalente.

3.4.3 Cópia do Diploma de Mestrado (frente e verso) ou documento equivalente.

3.4.4 Cópia de documento de identificação com foto.

3.4.5 Carta de Indicação do Orientador (Anexo II deste Edital).

3.4.6 Currículo *Lattes* (em arquivo PDF) para candidatos residentes no Brasil ou Currículo *Vitae* ou outra forma de currículo para candidatos residentes no exterior.

3.4.7 Resumo do projeto de pesquisa a ser desenvolvido durante o Doutorado.**3.4.7.1** O resumo do projeto deve apresentar no cabeçalho: nome do candidato; nome do orientador; e título do projeto.**3.4.7.2** O resumo do projeto deve ser apresentado em língua portuguesa, respeitando o limite de 500 palavras e estruturado nas seguintes seções: Introdução; Objetivos; Métodos; Resultados esperados.**3.5** Candidatos que não apresentarem toda a documentação exigida no item 3.4 do presente Edital serão comunicados pela secretaria do PPG-CR e terão o prazo de 10 (dez) dias úteis para apresentar a documentação completa.**4. DA RESERVA DE VAGAS****4.1.** Além da documentação constante no item 3, os candidatos à reserva de vagas deverão acrescentar:

- As(Os) candidatas(os) negros(as) (pretos/as e pardos/as) deverão apresentar a autodeclaração de acordo com o modelo (AnexoIV) e se submeter à Comissão de Heteroidentificação;

A Comissão de Heteroidentificação entrará em contato, via e-mail, com o(a) candidato(a) que se inscrever fazendo uso de cota nesta modalidade, para agendar data e horário da entrevista de modo presencial;

- As(Os) candidatas(os) quilombolas deverão apresentar: a) declaração de etnia; b) declaração original expedida pela Fundação Cultural Palmares, na qual conste o reconhecimento oficial do quilombo do qual o candidato pertença; e c) 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.

- As(Os) candidatas(os) indígenas deverão apresentar: a) declaração de etnia; b) cópia do Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (RANI) ou declaração da FUNAI; e c) declaração de Membro da Comunidade ou Aldeia Indígena assinada pela liderança da Comunidade Indígena (Cacique).

- As(Os) candidatas(os) com alguma deficiência deverão apresentar 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.

- 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 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. A autodeclaração de pessoa com deficiência encontra-se no Anexo V. Modelos de laudos a serem apresentados no ato da inscrição encontram-se listados entre os anexos VI a XI.

- 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.

- 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.

- 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;

- 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.

- 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.

- 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.

- Os laudos serão analisados por comissão própria instituída pela Universidade.

4.2. As mesmas comissões responsáveis pelo ingresso de discentes na reserva de vagas do sistema SISU serão acionadas para atuarem neste processo seletivo.**4.3.** As inscrições indeferidas para reserva de vagas serão automaticamente incluídas na seleção por ampla concorrência.**4.4.** 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 seletivo, previamente notificadas pelo candidato ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, através do e-mail cienciasdareabilitacao@ufcsa.edu.br.**4.5.** O(a) candidato(a), ao apresentar documentação requerida, se responsabiliza pela veracidade de todas as informações prestadas.**5. DO RESULTADO****5.1** Uma vez que a documentação completa tenha sido submetida dentro do prazo estipulado no item 3.3 e o candidato atenda aos requisitos de seleção para o nível de Doutorado, orientador e candidato receberão a confirmação da aprovação da indicação por e-mail.

5.2 A admissão dos candidatos aprovados concretizar-se-á pelo seu registro na Secretaria da Pós-Graduação quando do ato de matrícula.

5.3 O resultado final do processo de seleção será divulgado, após o término do período de indicações, no site institucional: <https://www.ufcspa.edu.br/vida-academica/pos-graduacao/mestrado-e-doutorado/ciencias-da-reabilitacao/editais-de-selecao>.

6. DO CRONOGRAMA

6.1 As datas de realização do processo seletivo constam na tabela a seguir:

Período	Etapas
01/08/2024	Início do período de inscrição
31/12/2024	Término do período de inscrição
Até 15/01/2025	Divulgação da lista final de candidatos aprovados

7. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 Será desclassificado e automaticamente excluído do processo seletivo, o(a) candidato(a) que:

7.1.1 Prestar declarações ou apresentar documentos falsos em quaisquer das etapas da seleção.

7.1.2 Não apresentar toda a documentação requerida nos prazos e condições estipuladas neste Edital.

7.2 Ao inscrever-se no processo seletivo, o candidato reconhece e aceita as normas estabelecidas neste Edital.

7.3 Casos omissos ou situações especiais serão resolvidos pela Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, conforme as suas competências.

Porto Alegre, 09 de julho de 2024.

ANEXO I

PPG CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO – PROCESSO SELETIVO 2024 ORIENTADORES E VAGAS DE DOUTORADO

Linha de pesquisa: Fundamentos da Reabilitação Cardiovascular, Pulmonar e Metabólica:

PROFESSORES	CONTATO	VAGAS
Alessandra Peres	peres@ufcspa.edu.br	1
Fabrcio Edler Macagnan	fabriciom@ufcspa.edu.br	1
Janice Luísa Lukrafka Tartari	janicet@ufcspa.edu.br	1
Rodrigo Della Méa Plentz	rodrigop@ufcspa.edu.br	1

Linha de Pesquisa: Fundamentos da Reabilitação Musculoesquelética:

PROFESSORES	CONTATO	VAGAS
Cláudia Dornelles Schneider	claudias@ufcspa.edu.br	1
Leandro de Freitas Spinelli	spinelli@ufcspa.edu.br	1
Luís Henrique Telles da Rosa	luisr@ufcspa.edu.br	1
Marcelo Faria Silva	marcelofs@ufcspa.edu.br	1
Maria Cristina de Almeida Freitas Cardoso	mccardoso@ufcspa.edu.br	1
Mauriceia Cassol	mcassol@ufcspa.edu.br	2
Patrícia Viana da Rosa	patriciarosa@ufcspa.edu.br	1

Linha de pesquisa: Fundamentos da Reabilitação Neurológica:

PROFESSORES	CONTATO	VAGAS
Alcyr Alves de Oliveira Júnior	alcyr.oliveirajr@gmail.com	1
Aline de Souza Pagnussat	alinesp@ufcspa.edu.br	1
Bárbara Costa Beber	barbaracb@ufcspa.edu.br	1

Carlos Roberto de Mello Rieder	carlosrieder@gmail.com	1
Caroline Tozzi Reppold	reppold@ufcspa.edu.br	3
Fernanda Cechetti	fernandacec@ufcspa.edu.br	1

ANEXO II

PPG CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO – PROCESSO SELETIVO 2024
CARTA DE INDICAÇÃO DO ORIENTADOR

À Comissão Coordenadora do PPG Ciências da Reabilitação da UFCSPA

Prezados senhores,

Eu, _____, venho por meio desta, manifestar indicação do(a) candidato(a) _____ para ingresso no nível de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da UFCSPA, sob minha orientação.

Sem mais para o momento,

em ____/____/____.

Assinatura do Orientador

ANEXO III

PPG CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO – PROCESSO SELETIVO 2024
FICHA DE INSCRIÇÃO

Dados Pessoais:

Nome: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Endereço: _____ nº _____ compl. _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Fones: Res. _____ Com. _____ Cel. _____

E-mail: _____

RG: _____ CPF: _____

Linha de pesquisa:

1. () Fundamentos da Reabilitação Cardiovascular, Pulmonar e Metabólica.
2. () Fundamentos da Reabilitação Musculoesquelética.
3. () Fundamentos da Reabilitação Neurológica.

Candidato ao curso de:

1. () Mestrado
2. () Doutorado

Orientador contatado: _____

em ___/___/___.

Assinatura do candidato

ANEXO IV**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 de Seleção Discente PPG-Ciências da Reabilitação da UFCSA, que sou _____ (Informar a etnia: preto ou pardo). 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

ANEXO V**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 de Seleção Discente PPG-Pediatria da UFCSA, 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.

Assinatura do(a) declarante

ANEXO VI – MODELO DE LAUDO PARA DEFICIÊNCIA VISUAL

INGRESSO UFCSA 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 UFCSA - 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 UFCSA.

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

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

ANEXO VII – MODELO DE LAUDO PARA DEFICIÊNCIA AUDITIVA

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 _____, candidato(a) ao PPG _____, 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)

ANEXO VIII – MODELO DE LAUDO PARA DEFICIÊNCIA FÍSICA

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
 triparesia
 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): _____

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 UFCSPA.

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

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

ANEXO IX – MODELO DE LAUDO PARA DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL OU MENTAL

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 n° _____, 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: _____

N° 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): _____

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)

ANEXO X – MODELO DE LAUDO PARA DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

INGRESSO UFCSA
Modalidades LB_PCD e LI_PCD

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

Lauda Médica para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-Graduação da UFCSA - Deficiência Múltipla

Nome do(a) Candidato(a): _____

Lauda Médica (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
 () triparésia () 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
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:

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)

ANEXO XI – MODELO DE LAUDO PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

INGRESSO UFCSPA
Modalidades LB_PCD e LI_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Espectro Autista**
A ser preenchido pelo médico

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

Nome do(a) Candidato(a): _____

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 transtorno do espectro autista, sendo portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos:

() I – deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e **das interações 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 e aptidões 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 **Luís Henrique Telles da Rosa, PROFESSOR 3 GRAU**, em 09/07/2024, às 17:39, 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 10/07/2024, às 12:01, 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, informando o código verificador **1930915** e o código CRC **035D3F6B**.