



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Edital PPG-PED nº 10/2024 de 18 de outubro de 2024**EDITAL DE ABERTURA DE PROCESSO CLASSIFICATÓRIO PARA ACESSO A BOLSA DE MESTRADO
DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE****1. PREÂMBULO**

1.1 A Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Pediatria: Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, no uso de suas atribuições legais, torna público e estabelece as normas do processo classificatório para acesso à Bolsa no Mestrado Acadêmico do referido Programa.

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

1.3 Maiores informações podem ser obtidas na Secretaria do programa, por meio do e-mail: ppgpediatria@ufcspa.edu.br e/ou no site eletrônico do PPG-PED <https://www.ufcspa.edu.br/index.php/stricto-sensu/pediatria>.

2. DO NÚMERO DE BOLSAS

2.1 O presente Edital visa a formação de uma lista classificatória para a distribuição de bolsas que forem liberadas por um período de seis meses a partir da data deste edital, específicas para o PPG de Pediatria, no âmbito de seu Mestrado Acadêmico. Os seis meses de vigência deste edital podem ser prorrogados por mais seis meses, porém o processo de alocação das bolsas será reiniciado quando uma nova turma ingressar no Programa, ocasionando na perda de validade deste edital. Poderá se inscrever no processo, apenas os alunos que estiverem matriculados no Programa num período inferior a 24 meses e que **não forem beneficiários de bolsa de Residência Médica ou outra natureza de bolsa financiada por órgão federal**. Em outras palavras, o estudante não poderá ter extrapolado o período projetado de conclusão do Programa.

2.2 O PPG Pediatria reservará 30% do total geral de vagas (1 vaga) para candidatos de ações afirmativas, quais sejam: negros/as (pretos/as e pardos/as), indígenas, quilombolas e pessoas com deficiência. Não havendo o preenchimento de 30% das vagas reservadas para ações afirmativas, essas vagas serão acrescidas à ampla concorrência.

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

II - Reservadas: para pessoas negras (pretas e pardas), indígenas, quilombolas e pessoas portadoras de deficiência.

3. DA INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO

3.1 As inscrições serão realizadas no Sistema de Processos Seletivos da UFCSPA no endereço <http://processoseletivo.ufcspa.edu.br/menu/>, realizar seu login a fim de proceder à inscrição no EDITAL N^o 10/2024 – PPGPED, com o envio da documentação requerida e anexada em formato PDF, no período de **28/10/2024 a 31/10/2024**.

3.2 Os seguintes documentos deverão ser anexados, em formato PDF, pelos candidatos:

3.2.1 Ficha de Inscrição devidamente preenchida, Anexo I deste Edital.

3.2.2 Currículo *Lattes*, onde deverá constar produção científica do aluno, atividades profissionais desenvolvidas (passado e presente).

3.2.3 BAREMA (Anexo II) com pontuação e comprovação documental de todos os itens em PDF único, por ordem de citação na BAREMA (os artigos apenas a primeira página com a autoria).

3.2.4 Resumo do Projeto de Pesquisa vinculado à Dissertação (Introdução, Objetivos e Métodos), limitado à UMA PÁGINA. (Arial 11, Espaço 1.5).

3.2.5 Relatório do desenvolvimento do Projeto de Pesquisa vinculado à dissertação (detalhamento de etapas com cronograma), incluindo a previsão da data de conclusão da Dissertação. Material deve ser apresentado em documento de UMA PÁGINA.

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

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 (Anexo III) e se submeter à Comissão de Heteroidentificação;

- A Comissão de Heteroidentificação entrará em contato, via e-mail, com o candidato 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 a autodeclaração de acordo com o modelo (Anexo IV) 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.

****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.**

*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 Pediatria, através do e-mail ppgpediatria@ufcsa.edu.br.

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

5. DO PROCESSO DE SELEÇÃO

5.1 O processo de classificação será estabelecido pela análise do currículo através da pontuação da BAREMA (peso 60%) e pela análise do resumo do projeto e relatório do cronograma atual (peso 40%) de acordo com o Anexo V.

6. DA CLASSIFICAÇÃO FINAL

6.1 A classificação dos candidatos far-se-á pela ordem decrescente, a partir da avaliação da BAREMA e do mérito científico do projeto, adequação às suas etapas de desenvolvimento e cronograma, além de exequibilidade do prazo de conclusão.

6.2 Caso ocorram desistências de candidatos classificados, outros candidatos listados poderão ser chamados para receber a bolsa, sendo respeitada a ordem de classificação.

6.3 Em caso de empate, os critérios de desempate para os candidatos obedecerão à seguinte ordem:

6.3.1 Maior produção científica na análise curricular.

6.3.2 Persistindo o empate, terá prioridade o candidato de maior idade.

6.4 Os resultados do processo de seleção serão divulgados no sítio institucional: <https://ufcsa.edu.br/vida-academica/pos-graduacao/mestrado-e-doutorado/pediatria>. Não serão fornecidos resultados por telefone ou e-mail.

7. DO CRONOGRAMA

7.1 As datas de realização do processo seletivo, bem como da divulgação dos respectivos resultados, constam na tabela a seguir:

Período	Etapa
---------	-------

28 a 31 de outubro	Período de inscrições
01 de novembro	Divulgação das inscrições homologadas
04 e 05 de novembro	Avaliação do Material Encaminhado
06 de novembro	Divulgação do resultado preliminar
07 de novembro	Prazo para interposição de recursos
08 de novembro	Divulgação do resultado final

7.2 É de inteira responsabilidade do candidato o acompanhamento da divulgação das informações referentes a este processo seletivo. Os informativos serão disponibilizados no site do PPG-Ped.

8. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 Será desclassificado e automaticamente excluído do processo seletivo, o candidato que:

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

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

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

8.2 Casos omissos ou situações especiais serão resolvidos pela Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Pediatria, conforme as suas competências.

8.3 Esse edital é válido por 6 (seis) meses a partir da data de publicação do resultado final.

Porto Alegre, 18 de outubro de 2024.

JOANNA D'ARC LYRA BATISTA
Coordenadora do PPG Pediatria

DINARA JAQUELINE MOURA
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

ANEXO I PPG PEDIATRIA – PROCESSO CLASSIFICAÇÃO DE BOLSA 2024 FICHA DE INSCRIÇÃO

Dados Pessoais:

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

Endereço: _____ nº _____ compl. _____

Cidade: _____ UF: ____ CEP: _____

Fones: Res. _____ Com. _____ Cel _____

E-mail: _____

RG: _____ CPF: _____

Candidato concorre às vagas reservadas pela política de ações afirmativas da pós-graduação?

1. () Sim

2. () Não

ANEXO II
FICHA DE AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO
BAREMA ADAPTADA

QUESITOS	PONTUAÇÃO
Títulos Acadêmicos	
1. Título de Doutor (5 pontos), Mestre (3 pontos) e/ou Especialista e/ou Residência (2 pontos cada) MÁXIMO 10 pontos	
Atividades Científicas ou Técnicas	
2. Artigos de natureza científica ou técnica publicados em revistas indexadas (ou com aceite por escrito), <u>quando 1º ou último autor</u> . IF >= 4 OU Qualis unificado A - 5 pontos IF 2,0 - 3,99 OU Qualis unificado B - 3 pontos IF 0,5 a 1,99 OU Qualis unificado C- 2 pontos indexada sem Qualis ou sem fator de impacto ou IF até 0,49 - 1 ponto MÁXIMO 18 pontos	
3. Artigos de natureza científica ou técnica publicados em revistas indexadas (ou com aceite por escrito), <u>quando coautor</u> IF >= 4 OU Qualis unificado A - 3 pontos IF 2,0 - 3,99 OU Qualis unificado B - 2 pontos IF 0,5 a 1,99 OU Qualis unificado C- 1 ponto indexada sem Qualis ou sem fator de impacto ou IF até 0,49 - 0,5 ponto MÁXIMO 12 pontos	
4. Capítulo de livro (nacional 0,5 pontos e internacional 1 ponto por capítulo) MÁXIMO 2 pontos	
5. Apresentação de pôster em congresso e/ou resumo publicado em anais (1 ponto por pôster) – MÁXIMO 5 pontos. O trabalho será pontuado apenas uma vez (como pôster ou como resumo)	
6. Apresentação oral ou tema livre em congresso científico ou de extensão (2,5 pontos por apresentação) – MÁXIMO 5 pontos	
7. Participação como ouvinte em eventos científicos ou de extensão (0,5 ponto por participação) – MÁXIMO 4 pontos	
8. Estágio de iniciação científica ou de extensão, com ou sem bolsa, por no mínimo 1 semestre e/ou estágio de outra natureza que não curriculares pelo mesmo período (3 pontos por semestre) – MÁXIMO 6 pontos	
9. Bolsista PID, PET, REUNI, CAPES/CNPq, apoio técnico, Desenvolvimento Tecnológico, Extensão e Extensão Inovadora por no mínimo 1 semestre (3 pontos por semestre) – MÁXIMO 6 pontos	
10. Estágio extracurricular no exterior na área acadêmica por no mínimo 1 semestre ou participante do Ciência sem Fronteiras (1 ponto por semestre) MÁXIMO 3 pontos	
Atividades Relacionadas ao ensino	
11. Experiência docente nível médio na área das ciências por no mínimo 1 semestre (1 ponto por semestre) – MÁXIMO 2 pontos	
12. Experiência docente nível superior por no mínimo 1 semestre (2 pontos por semestre) – MÁXIMO 4 pontos	
13. Monitoria por no mínimo 1 semestre (1 ponto por semestre) MÁXIMO 3 pontos	
14. Prêmios ou Menção Honrosa na área acadêmica (1 ponto por prêmio) – MÁXIMO 2 pontos	
15. Orientação e/ou coorientação de TCC e/ou especialização, bolsista de iniciação científica ou tecnológica (1 ponto) – MÁXIMO 3 pontos	
16. Participação em banca examinadora (0,5 ponto por participação) MÁXIMO 2 pontos	
Outros	
17. Cursos de extensão ministrados (com no mínimo 5h de duração cada/1 ponto para cada 5 horas) – MÁXIMO 3 pontos	
18. Organização de evento (1 ponto por evento) – MÁXIMO 2 pontos	
19. Experiência profissional na área de pediatria/assistência à criança e adolescente, sem ser relacionada ao ensino (1 ponto por semestre) MÁXIMO 8 pontos	
TOTAL	

ANEXO III
AUTOAVALIAÇÃO 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-Pediatria da UFCSA, que sou _____ (Informar a etnia: pretos, pardos, indígenas e outras etnias). 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 2024.

Assinatura do(a) declarante

ANEXO IV
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 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

ANEXO V
FICHA DE AVALIAÇÃO DO PROJETO

IDENTIFICAÇÃO

Nome do candidato:

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA
Viabilidade do projeto	10	
Viabilidade do cronograma proposto	10	
Atualidade e inovação da questão de pesquisa	10	
Reprodutibilidade e validade externa	10	
Adequação do método proposto com os objetivos do estudo	10	
Adequação do tema com o PPGPed	10	
TOTAL	Média das notas	

Observações: _____

Em ____/____/____.

Assinatura do Examinador

MODELOS DE LAUDOS

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)

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)

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)

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
 () 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)

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 nº _____, 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 nº 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): _____

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 **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 **Joanna D Arc Lyra Batista, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Pediatria: Atenção à Saúde da Criança**, em 18/10/2024, às 11:41, 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 18/10/2024, às 13:51, 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 **2031447** e o código CRC **0268119A**.