ANEXO VII

DOCUMENTAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E MODELO DE LAUDO MÉDICO

1. Da documentação exigida

1.1 O candidato que concorrer às vagas das listas **V_PCD, LB_PCD e LI_PCD** deverá anexar laudo médico, emitido há no máximo **12 (doze) meses** da data de publicação deste Edital, que ateste a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da **Classificação Internacional de Doenças (CID-10 ou CID-11)**, nos termos da Lei nº 13.146/2015, do Decreto nº 3.298/1999, com a redação dada pelo Decreto nº 5.296/2004, da Lei nº 12.764/2012, da Lei nº 14.126/2021, da Lei nº 14.768/2023 e da Súmula nº 377 do Superior Tribunal de Justiça.

1.2 O laudo médico deverá conter o nome completo e o CPF do candidato, a data de emissão, a assinatura e a identificação do profissional emitente, com o número de registro no respectivo conselho de classe.

1.3 Deverão ser anexados, ainda, os exames complementares indicados no quadro a seguir, conforme o tipo de deficiência:

TIPO DE DEFICIÊNCIA	DOCUMENTAÇÃO E EXAMES COMPLEMENTARES
Deficiência física	Laudo médico com CID e descrição da alteração; exame de imagem, quando aplicável.
Deficiência auditiva / Surdez	Laudo médico com CID; audiometria tonal e vocal com imitanciometria, realizada nos últimos 12 (doze) meses.
Deficiência visual / Baixa visão / Cegueira / Visão monocular	Laudo médico com CID; exame de acuidade visual em ambos os olhos (Escala de Snellen) e/ou campimetria, realizados nos últimos 12 (doze) meses.
Surdocegueira	Laudo médico com CID; exames de acuidade visual e de audiometria, realizados nos últimos 12 (doze) meses.
Deficiência intelectual	Laudo médico com CID, com descrição das limitações no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo; relatório de equipe multiprofissional, quando houver.
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	Laudo médico com CID, nos termos da Lei nº 12.764/2012.
Deficiência múltipla	Laudo médico com os respectivos CID e exames correspondentes a cada uma das deficiências.

2. Modelo de laudo médico

Atesto, para os fins de participação no Processo Seletivo regido pelo Edital nº 150/2026 do IFPB/IFSertãoPB, que o(a) Sr.(a) _____, portador(a) do CPF nº _____.____.____-____, **é pessoa com deficiência**, apresentando _____, com impedimento de longo prazo de natureza ( ) física ( ) auditiva ( ) visual ( ) intelectual ( ) múltipla ( ) transtorno do espectro autista, correspondente ao **CID:** _____, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Observações complementares (grau, nível, prognóstico e necessidade de recursos de acessibilidade):
_____
_____
_____

_____, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura, carimbo e número de registro no conselho de classe do(a) profissional