

CONCURSO NACIONAL DE ACESSO E INGRESSO NO ENSINO SUPERIOR PÚBLICO

DECLARAÇÃO MÉDICA | CONTINGENTE ESPECIAL PARA CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA 2025

Nome

N.º de Cartão Cidadão **Data de Nascimento** / /

Morada

Código Postal **Telefone** **Telemóvel**

E-mail

A preencher pelo Médico(a)

O/A estudante acima identificado(a) apresenta o seguinte diagnóstico:

É problema congénito ou adquirido?

Sendo adquirido, em que data provável?

Qual a causa que o originou?

É um problema permanente ou suscetível de melhorar ou desaparecer e em que tempo provável?

Houve necessidade de acompanhamento especializado individual específico?

- De que natureza: pedagógica, médica, terapêutica ou outra? Especifique:

**Possui alteração de alguma estrutura ou função orgânica, nomeadamente motora, sensorial ou intelectual?
Especifique:**

Essa alteração orgânica interfere com a sua capacidade em realizar as atividades da vida diária limitando a sua participação em várias situações da vida e da sociedade, nomeadamente:

- **Aprendizagem e aplicação de conhecimentos**
- **Comunicação**
- **Mobilidade**
- **Autocuidados**
- **Vida Doméstica**
- **Interações e relacionamentos interpessoais**
- **Vida escolar e atividades relacionadas**

Declaro, sob compromisso de honra, que o acima escrito corresponde à verdade

[Redacted Signature Box]

Assinatura

[Redacted OM Registration Number Box]

Nº Inscrição OM
(VINHETA)

[Redacted Name], [Redacted Day] de [Redacted Month] de 2025