



EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS  
Subgerência de SESMT - GEPES/SPI

OFÍCIO CIRCULAR Nº 60413695/2025 - SGSMT-GEPES-SPI

Bauru, 22 de setembro de 2025.

Aos (Às) Empregados(as) e Gestores(as) da SE/SPI

**Assunto: Orientações para solicitação de alteração cadastral de empregados(as) com deficiência.**

**Referência:** Processo nº 53187.040777/2025-07; OFÍCIO CIRCULAR Nº 59052121/2025 - GSSB-DEREO

Prezados(as) empregados(as),

1. Com a finalidade de aprimorar as práticas institucionais relacionadas à promoção da saúde, inclusão e valorização dos empregados, bem como garantir a regularização funcional das Pessoas com Deficiência (PCD), apresentamos as orientações detalhadas para que o(a) empregado(a) realize a solicitação de atualização cadastral de condição de deficiência, em conformidade com os normativos internos vigentes. Esclarecemos que esta solicitação se aplica apenas aos(às) empregado(as) que não ingressaram nos Correios na cota de Pessoas com Deficiência, e/ou vieram a adquirir deficiência posteriormente. Para verificar sua situação de enquadramento na cota, consultar a Ficha Cadastral CLT.

2. Procedimento para solicitação pelo(a) empregado(a):

- Abrir processo SEI com **classificação processual SIGILOSO**, pelo tipo **“Segurança e Medicina do Trabalho: Informação de Saúde”**.
- Preencher e assinar via SEI o requerimento modelo **“ALTERAÇÃO CADASTRAL PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA”**.

3. **Documentação a ser anexada:**

a) Certidão do INSS de deficiência **ou** Cartão de deficiente emitido por Secretaria da Pessoa com Deficiência ou órgão similar reconhecido pelo Ministério dos Direitos Humanos **ou** Certidão de deficiência emitida pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST;

b) **Laudo Caracterizador de Deficiência**, conforme modelo 60596076, anexo, emitido pelo médico assistente, e assinado pelo médico e pelo(a) empregado(a).

c) Laudo médico que atesta a deficiência permanente e subsidia o certificado dos órgãos competentes (item a), que deverá conter:

- Dados da pessoa com deficiência;
  - Dados do médico/unidade de saúde;
  - Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID);
  - Funções corporais acometidas e limitações de desempenho apresentadas nos domínios de atividade e participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF);
  - Informações detalhadas sobre o diagnóstico, a evolução da doença ou lesão, exames apresentados, as limitações funcionais, as restrições, datas do acometimento e qualquer outra informação relevante relacionada à condição permanente da pessoa;
  - Condição de irreversibilidade ou incurabilidade da deficiência de qualquer natureza;
  - Assinatura legível, carimbo e número de registro do médico no conselho profissional;
- **Disponibilizar processo SEI para equipe SESMT**, mediante concessão de credenciais de acesso ao processo para:
    - 81119097 - ISA HELENA GUEDES - Unidade: SGSMT-GEPES-SPI
    - 81155344 - IVY LIAN DE SOUZA FERRAZ DE OLIVEIRA - Unidade: SGSMT-GEPES-SPI

4. Após disponibilização do processo, os documentos serão analisados pela equipe técnica do SESMT, e, se deferido, será direcionado parecer à CEGEP para alteração de cadastro.

5. Certos de contar com vossa atenção, desde já agradecemos e colocamos-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais sendo que, em caso de dúvidas sobre o procedimento de solicitação de atualização cadastral, solicitamos que seja enviado e-mail para [sgsmt-spi@correios.com.br](mailto:sgsmt-spi@correios.com.br).

#### **Anexos:**

I – Modelo de Requerimento do Empregado (SEI nº 60415164)

III – Modelo de Laudo Caracterizador de Deficiência (SEI nº 60596076)

Atenciosamente,

(assinado eletronicamente)

**JULIANA EMIKO BASHIYO CATALÃO**

Gerente Regional de Gestão de Pessoas - GEPES/COSUP/SPI

PRT/SE/SPI-25747477/2021 (25781410)

Subdelegação PRT/SE/SPI-2202/2024 (54256967)

**Circular nas unidades: Empregados(as) e gestores(as) da SE/SPI**



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Emiko Bashiyo Catalao, Gerente**, em 22/09/2025, às 09:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.correios.com.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.correios.com.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **60413695** e o código CRC **BA79BBB6**.



PRACA DOM PEDRO II, 455 - Bairro CENTRO, Bauru/SP, CEP 17015905 -  
<http://www.correios.com.br>

**Referência:** Processo nº 53187.040777/2025-07

SEI nº 60413695

## CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO EMPREGADO

Nome: (Completo e sem abreviação)	
Matrícula: (informar no padrão x.xxx.xxx-x)	
Cargo/Função:	
Lotação:	
Telefone/Ramal Corporativo:	
Telefone Celular:	
Endereço Residencial:	
Cidade/UF:	
CEP: XXXXX-XXX	

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_, lotado na \_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar a alteração de meu cadastro para a condição de pessoa com deficiência.

1 - Motivo da solicitação:

2 Tipo de Deficiência: ( ) Física ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Mental / Intelectual

( ) Múltiplas: \_\_\_\_\_

3 Descrição da Deficiência - Descreva a deficiência e como ela impacta suas atividades:

4 Data de Início do Diagnóstico: / /

5 Documentos Anexos:

- ( ) Certidão do INSS de deficiência;
- ( ) Cartão de deficiente emitido por Secretaria da Pessoa com Deficiência ou órgão similar reconhecimento pelo Ministério dos Direitos Humanos;
- ( ) Certidão de deficiência emitida por CEREST; e
- ( ) Outros documentos relevantes: \_\_\_\_\_

Declaro que estou ciente e de acordo com os normativos internos que regulamentam a alteração cadastral para pessoa com deficiência e que:

- Devo informar ao meu gestor imediato a intenção de alteração cadastral para pessoa com deficiência;
- A solicitação da alteração cadastral é facultativa ao empregado(a), ficando condicionada à prévia análise de autorização pelas áreas de saúde e de gestão de pessoas da empresa;
- Que a mera alteração cadastral na empresa não possui impactos diretos e vinculados a alterações previdenciárias junto ao INSS para fins de concessão de aposentadoria especiais.
- Que os documentos constantes no Processo SEI \_\_\_\_\_ para solicitação de alteração cadastral para Pessoa com Deficiência, são autênticos e precisos;
- Assumo total responsabilidade pelas informações prestadas e estou ciente das consequências legais caso essas informações sejam posteriormente comprovadas como falsas ou imprecisas. A falsidade das informações prestadas neste requerimento e anexos configura crime previsto no art. 302 do Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da lei.

Nestes termos, solicito a alteração cadastral para Pessoa com Deficiência.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do empregado

(De acordo com o Decreto 3.298/1999 e com a Instrução Normativa SIT/TEM nº.98 de 15/08/2012, observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, Lei 12764/12, Lei 13146/2015)

<b>Nome:</b> _____	<b>CPF:</b> _____
<b>CID(s):</b> _____	
<b>Origem da Deficiência:</b> ( ) Acidente de Trabalho ( ) Congênita ( ) Adquirida em pós operatório ( ) Acidente comum ( ) Doença	
<b>Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais), sensoriais, intelectuais e mentais:</b>  	
<b>Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessários:</b>  	
<b>Selecione o tipo de deficiência e atente-se para a anexar a documentação comprobatória</b>	
<input type="checkbox"/> <b>I - Deficiência Física</b> – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, nanismo altura: ), outras (especificar): _____	<input type="checkbox"/> <b>IV - Deficiência Intelectual</b> funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como: ( ) Comunicação; ( ) Cuidado Pessoal; ( ) Habilidades sociais; ( ) Utilização de recursos da comunidade; ( ) Saúde e segurança; ( ) Habilidades acadêmicas; ( ) Lazer; ( ) Trabalho. Idade de Início: __/__/____
<input type="checkbox"/> <b>II – Deficiência Auditiva</b> ( ) <b>Bilateral</b> – perda parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000Hz. ( ) <b>Unilateral Total</b> <b>Observação: Anexar Audiograma</b>	<input type="checkbox"/> <b>V - Deficiência Mental</b> ( ) <b>Psicossocial</b> – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, outros transtornos psicológicos, outras limitações psicossociais.  Informar se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença (assinalar também as limitações para habilidades adaptativas no quadro acima). <input type="checkbox"/> <b>Espectro Autista - Lei 12764/2012.</b> <b>Observação: Anexar laudo do especialista em ambos os casos.</b>
<input type="checkbox"/> <b>III – Deficiência Visual</b> ( ) <b>cegueira</b> – acuidade visual $\leq$ 0,05 (20/400) no melhor Olho, com a melhor correção óptica; ( ) <b>baixa visão</b> – acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,005 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica; ( ) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ( ) <b>Visão Mononuclear</b> - conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) em um olho (ou cegueira declarada por oftalmologista). <b>Observação: Anexar laudo oftalmológico, utilizar Tabela Snellen para avaliar acuidade visual.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Deficiência Múltipla</b> <b>Observação: Em caso de Deficiência Múltipla, associação de duas ou mais deficiências, assinalar cada uma acima.</b>
<input type="checkbox"/> <b>VI- Reabilitado ou readaptado:</b> ( ) Sim ( ) Não <b>Observação: Anexar Certificado de Reabilitação Profissional do INSS</b>	
<b>Observação:</b> Ao assinar o presente formulário, o empregado confirma estar ciente de que está sendo enquadrado na cota de pessoas com deficiência/reabilitados da empresa e autoriza a apresentação deste Laudo e exames ao Ministério do Trabalho e Emprego.	

Data:

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

Nome Médico(a):  
CRM:Nome empregado(a):  
Matrícula: